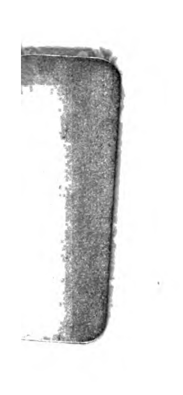
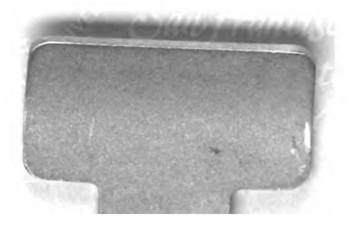
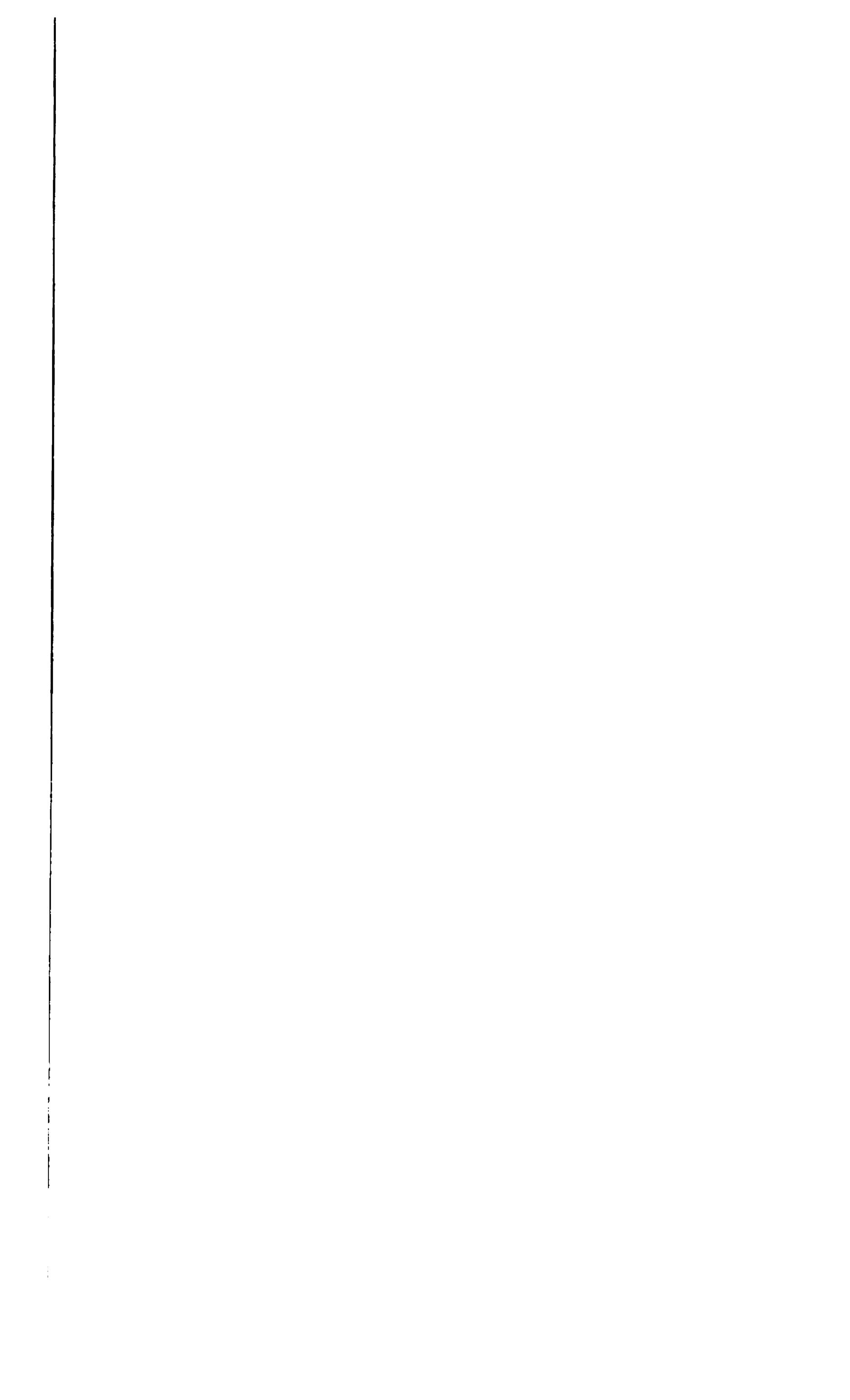

UC-NRLF
B 4 115 296

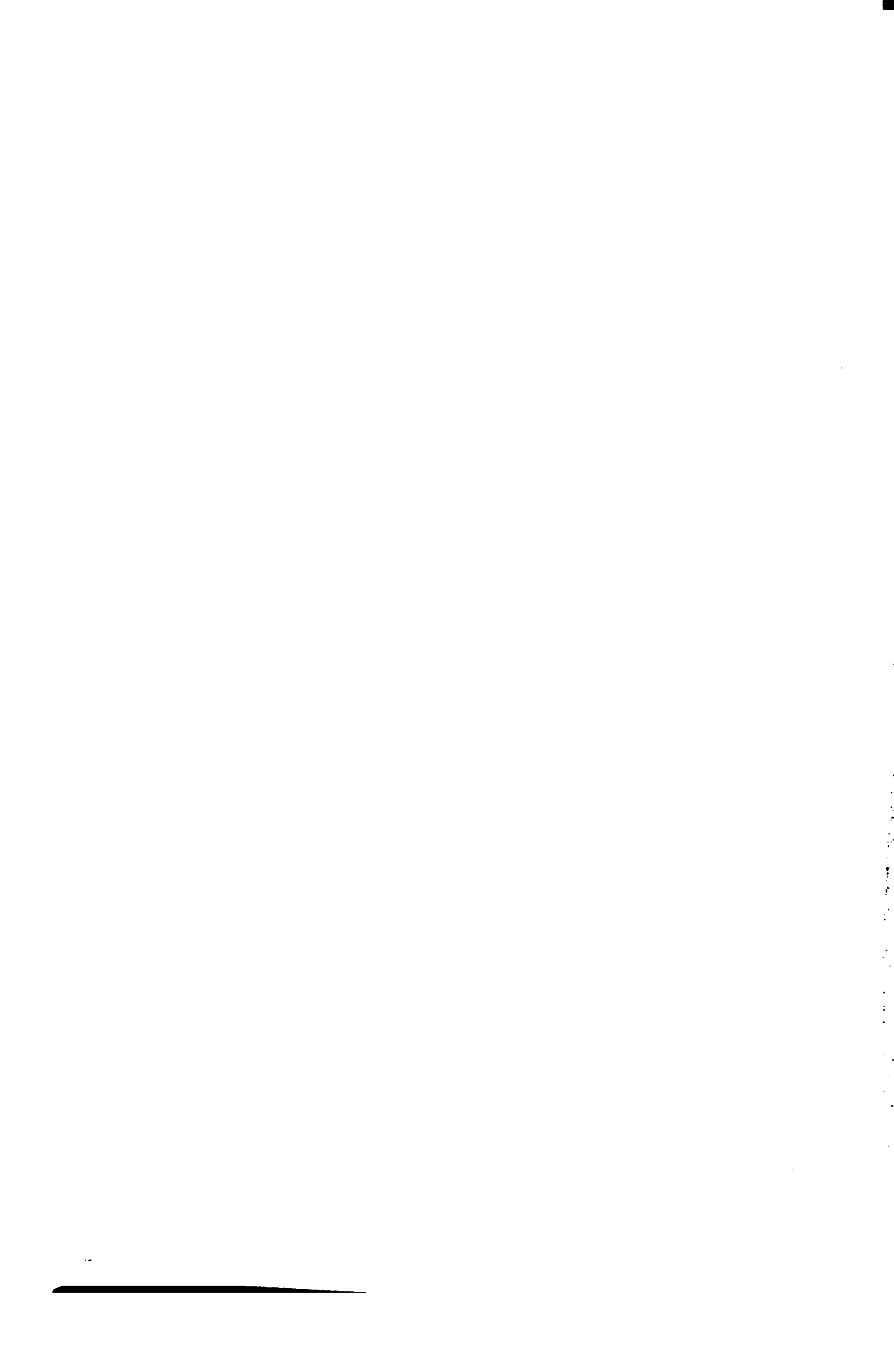


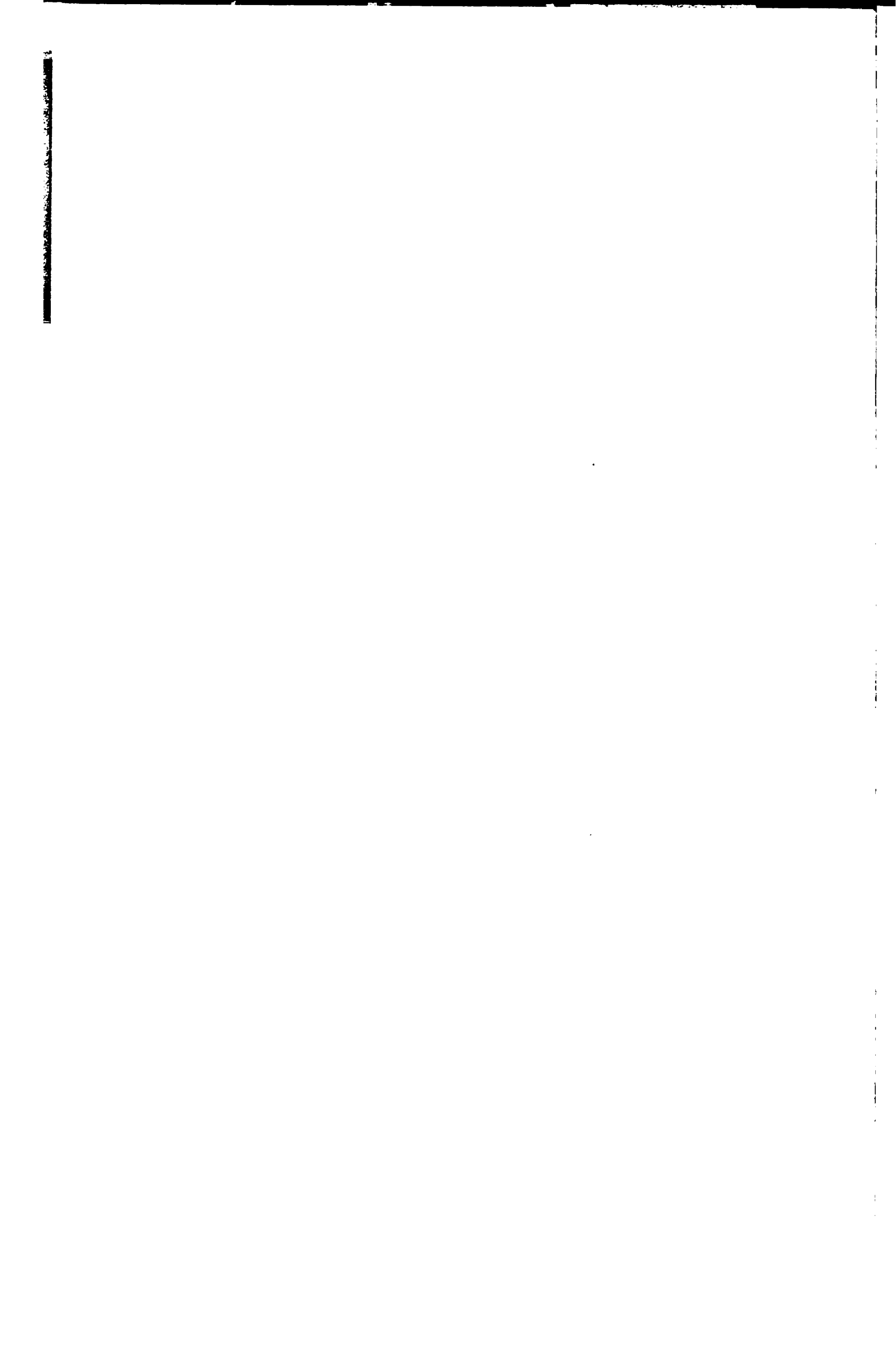


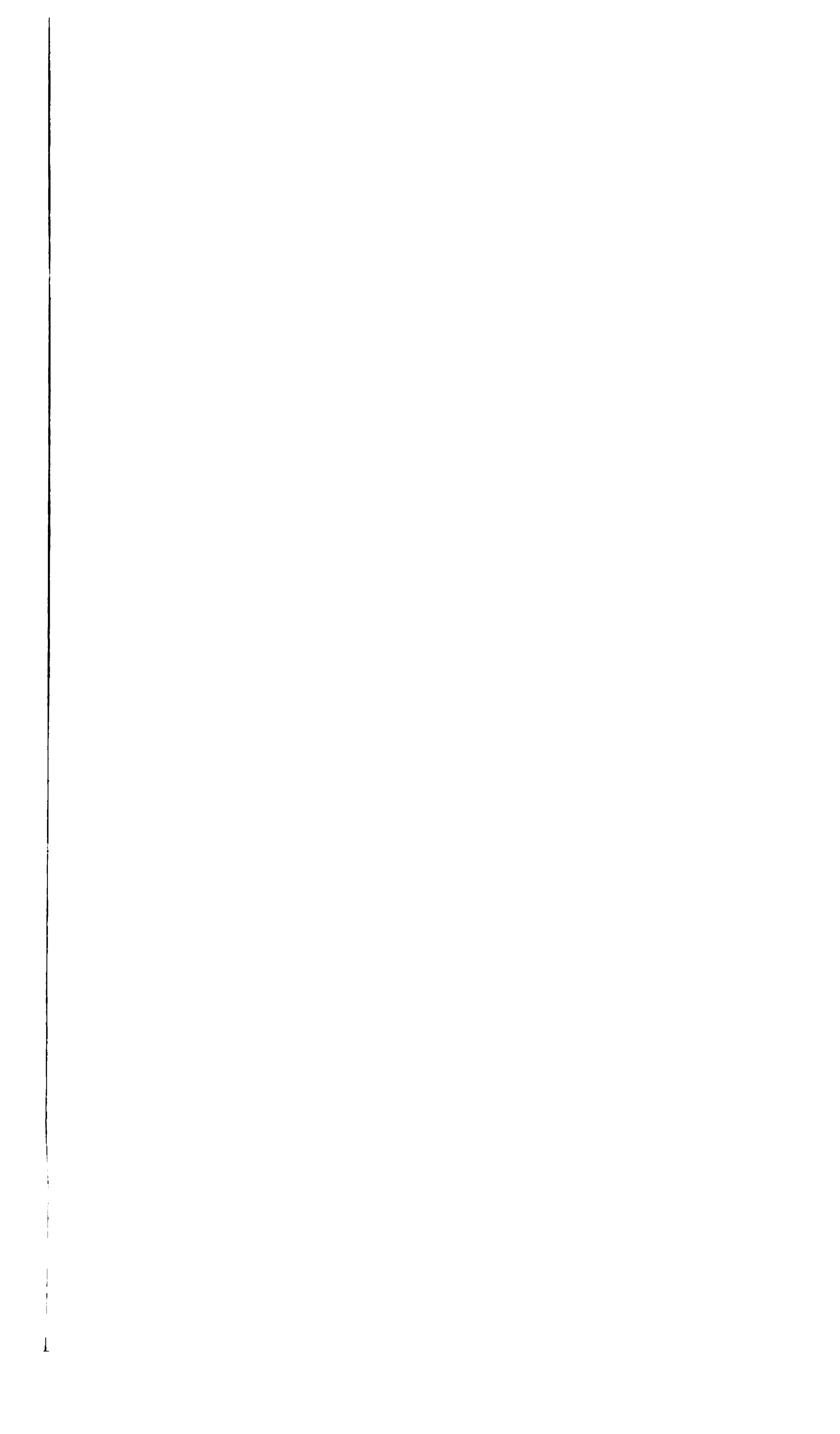













JECAROBIN
QUAIACOLAT
„Jecarobin"
HONIG-MALZ
LEBERTRAN
-REIN
-PHOSPHAT
-QUAIACOLAT
-KREOSOTAT


WASSERLÖSL.
STYRAX-PRÄPARAT
Ecrasol
"SCHÜRHOLZ"
Das Krätzemittel
reizlos,
geruchlos,
abwaschbar,
erhöhte
Tiefenwirkung,
weil wasser-
löslich, billig
im Gebrauch.
Orig.-Flasche 100 g
(für eine Kur ausreichend)
ö.K. 24.000 plus Arzneitaxe
Literatursammelheft
sowie
Aerzteproben
kostenlos
CHEM. LABORATORIUM
J. SCHÜRHOLZ
KÖLN-RH.

ARS MEDICI

Wien, am 15. Jänner 1925.

Interne Medizin.

Angina pectoris — Neueres zur Ätiologie und Therapie.

In den letzten Jahrzehnten stand allgemein die Theorie in Geltung, daß die Angina pectoris auf Sklerose der Koronararterien beruhe. Erst ganz in jüngster Zeit haben Schmidt (Prag) und Eppinger (Wien) diese Anschauung erschüttert. Sie betonen, daß man bei der Obduktion so häufig die Koronararterien ganz intakt findet, fast stets dagegen schwere Veränderungen an der Wand des Anfangsteiles der Aorta nachweisen kann. Die Gefäßwandungen haben eine ausgesprochene Sensibilität, und die Schmerzen dürften meist nicht vom Herzen, sondern von der Aorta ausgehen. Es handelt sich also um neuralgische Aortalgien oder um neuritische Veränderungen des Plexus aorticus auf dem Boden von Gicht, Syphilis und Tabakmißbrauch.

Prof. Rindfleisch (Dortmund) stimmt diesen Ausführungen zu, meint aber, man dürfe in der Vernachlässigung der Koronarsklerose auch nicht zu weit gehen. In der Praxis dürften beide Formen häufig vorkommen. Die leichten Fälle, besonders solche mit andauernden Schmerzen und ohne starke Störung der Herzaktion, sind wohl Aortalgien. Die schweren Attacken mit Zustandsbildern, wie man sie bei der Embolie und Thrombose der Kranzarterien sieht, mit schweren Herzstörungen, Todesangst, Asthma cardiale und Lungenödem haben wohl sicher ihren Ursprung in den Koronararterien. Schwerer zu deuten sind die zahlreichen mittelschweren Übergangsformen. Sehr zu beachten sind auch die häufigen Fälle, in denen nach jahrelangen und jahrzehntelangen leichten Beschwerden plötzlich schwere Attacken auftreten. Hier scheint der Prozeß von der Aorta auf die Kranzarterien übergegriffen zu haben; man findet hier bei der Obduktion verlegte und verengte Kranzarterien oder luetische Narben an der Abgangsstelle der Kranzarterien, die eine Unterbrechung der Zirkulation sehr plausibel erscheinen lassen.

Die ganze Frage hat jetzt erhöhte Bedeutung gewonnen, seitdem wir hoffen dürfen, durch operative Maßnahmen einem Teil dieser Kranken Linderung zu verschaffen. Das kann natürlich nur bei den Fällen gelingen, wo der vorwiegende Sitz der Erkrankung die Aorta ist. Daher ist die Differentialdiagnose nach den obigen Fingerzeigen anzustreben. Der rumänische Arzt Jonescu (siehe „Ars Medici" 1923, S. 307) hat als erster mit der Sympathikusresektion die Schmerzleitungsbahnen der Aorta unterbrochen, und mit diesem Verfahren wurden schon gute Erfolge erzielt. Eppinger verlegt die Schmerzleitung in einen Vagusast, den Nervi

depressor, und hat dessen Resektion angeraten; auch dieses Verfahren hat schon zu guten Ergebnissen geführt. Manchmal findet sich überhaupt kein als Depressor anzusprechender Vagusast, dann rät auch Eppinger zur Resektion des Sympathikus. So ist die ganze Frage noch nicht vollkommen geklärt. Angesichts der Größe des Eingriffes und der noch unsicheren Erfolge wird der Praktiker nur bei schwereren Fällen zur Operation raten, wieder aber nicht bei den ganz schweren mit Herzbeteiligung, wie oben auseinandergesetzt wurde. Als erster Versuch ist am besten der Nervus depressor zu durchschneiden. Findet sich ein solcher nicht oder tritt kein Erfolg der Operation ein, so empfiehlt sich die Sympathikusresektion. (D. m. W. Nr. 43, 1924.)

Asthma bronchiale — Felsol.

Die Wirkung dieses Präparates im Anfalle lobt Gordon. Die Anfälle werden gelindert, abgekürzt oder kupiert. Felsol (Chem. Fabrik Roland in Essen; siehe auch „Ars Medici“ 1923, S. 396) enthält Phenazon 0.25, Anilipyrin 0.4, Jodopyrin 0.25, Koffein 0.1, Digitalis- und Strophantusglykoside ana 0.0015 und das wirksame Agens von Lobelia inflata. Man gibt ein bis drei der im Handel befindlichen fertigen Pulver. (Schweiz. m. W. Nr. 36, 1924.)

Das weiße Blutbild bei Blattern

zeigt nach Prof. W. H. Hoffmann (Habana) charakteristische Veränderungen, die differentialdiagnostisch, namentlich gegenüber Varizellen, verwertet werden können. In den ersten drei Tagen ist die Zahl der Leukozyten niedrig, 3000 bis 4000, um am vierten Tage plötzlich anzusteigen und am neunten Tage durchschnittlich 17.000, oft auch viel mehr zu erreichen. Noch in der dritten Woche besteht eine Leukozytose von durchschnittlich 10.000 bis 12.000. Diese Leukozytose ist auch bei fehlender Eiterung vorhanden. Bei Varizellen besteht eher Leukopenie. Die Differentialfärbung zeigt ferner ähnlich wie bei Varizellen eine ausgesprochene Verminderung der Polynukleären, bis auf 30 bis 20% und starke Eosinophilie, in den ersten drei Wochen 3 bis 10%, in der vierten bis sechsten Woche 15 bis 20%. Die Lymphozytenzahl steigt besonders von der ersten Woche an auf 45 bis 65%; auch die großen Mononukleären sind vermehrt (4 bis 8%). Schließlich findet man 1 bis 3% Myelozyten, die im normalen Blut und bei den meisten anderen Krankheiten nicht vorkommen. (Seuchenbekämpfung, H. 5/6, 1924.)

Das Wesen des Erbrechens

und der Übelkeit bespricht Dozent W. Lehmann (Göttingen). Untersuchungen von Hatcher und Weiß haben unsere Kenntnisse hierüber in der letzten Zeit sehr gefördert. Die Übelkeit ist eine Art primitiverer Form des Erbrechens. Während Hunde, Katzen und Pferde schädliche Speisen erbrechen, haben Wiederkäuer, Nager und andere Tiere diese Fähigkeit nicht. Bei ihnen entsteht nur Übelkeit, welche Pylorusschluß zur Folge hat und damit eine verzögerte Resorption der schädlichen Nahrung. Übelkeit kann tatsächlich Schutz gegen Vergiftungen gewähren; tötliche Dosen von Strychnin bleiben bei Katzen und Ratten unschädlich, wenn gleichzeitig durch Injektion von Digitalistinktur Übelkeit erzeugt wird. — Das Brechzentrum wurde im sensiblen Vaguskern festgestellt; nach seiner Zerstörung bleibt das Erbrechen aus. Das Erbrechen wird nun auf dem Wege von Reizung des Vagus oder Sympathikus ausgelöst (z. B. vom Magendarmkanal, den Gallenwegen, durch Nierensteine, Hoden-

quetschung, von den Sexualorganen der Frau aus) oder durch direkte Reizung des zentralen Brechzentrums, z. B. durch Apomorphin. Das Apomorphin löst tatsächlich nur durch zentralen Reiz Erbrechen aus; denn wenn man Tieren den ganzen Magendarmkanal entfernt, werden durch Apomorphininjektionen doch promptest Brechbewegungen und Entleerung von Schleim aus dem Ösophagus hervorgerufen. Auch bei Intoxikationen und Autointoxikationen (Hyperemesis gravidarum, Urämie) scheint das Erbrechen rein zentral ausgelöst zu werden. Daß bei raumbeschränkenden Affektionen des Kleinhirns das Erbrechen häufiger beobachtet wird als bei solchen des Großhirns, ist bei der Lage des Brechzentrums verständlich. — Übelkeiten und Erbrechen bei der Seekrankheit werden im Labyrinthapparat ausglöst, von dem aus dann Erregungen direkt zum Brechzentrum ziehen. Taubstumme mit Erkrankung des inneren Ohres sind daher gegen die Seekrankheit unempfindlich, ebenso Säuglinge oder Tiere nach beiderseitiger Akustikuszerstörung. — In vielen Fällen kann die psychische Einstellung das Brechzentrum reizen und eine große Rolle beim Erbrechen spielen. Bestimmte Vorstellungen können ja an sich schon Erbrechen auslösen, aber auch Erbrechen beheben. So ist es bekannt, daß bei Seekranken das Erbrechen sofort aufhört, wenn im Falle eines Schiffsunglückes alle Gedanken auf die Rettung konzentriert sind. (Klin. Wschr. Nr. 43, 1924.)

Die Fleischvergiftungen

waren nach einem Bericht von Prof. O. Lentz (Berlin) vor dem Weltkriege in Preußen recht selten geworden. Erst seit 1916 begann wieder ein Ansteigen der Erkrankungen und erreichte in den Jahren 1922 und 1923 eine besorgniserregende Höhe, was wohl auf eine nachlässigere Beaufsichtigung und Fleischbeschau zurückzuführen ist. Meist ist das verursachende Fleisch oder der betreffende Fisch in nicht gekochtem Zustande als Räucherware oder Konserve genossen worden.

Zunächst sind die Fälle von echtem Botulismus zu erwähnen. Ihre Anzahl war ziemlich gleichbleibend und hat in den letzten zwei Jahren nicht zugenommen. Außer den Allgemeinerscheinungen, wie Übelkeit, Erbrechen, mäßigem Fieber und Mattigkeit, stehen hier die nervösen Störungen, vorzugsweise im Gebiete der Hirnnerven, im Vordergrunde: Trockenheit im Halse, Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Lähmungen des Abduzens und der anderen Augenmuskeln, Ptosis, Akkomodationslähmung, Pupillenstarre und Erweiterung der Pupillen, vorübergehende Blindheit. Nach anfänglichem Durchfall wird oft auch Lähmung der Darm- und Blasenmuskulatur beobachtet. Ferner Atembeschwerden und zuweilen zum unmittelbaren Tode führende Atemlähmung. Der Exitus ist bei Botulismus häufig. Wenn der Kranke der schweren Infektion nicht erliegt, zieht sich die Rekonvaleszenz oft zwei bis vier Monate hin. — Dem Botulismus gegenüber sind wir heute nicht mehr so machtlos wie noch vor wenigen Jahren. Neben Magenausspülungen bietet vor allem die Anwendung des antitoxischen Botulismusserums (siehe „Ars Medici" 1924, S. 99) gute Aussichten, das von den Höchster Farbwerken hergestellt und in jedem preußischen Regierungsbezirk in ein bis zwei bestimmten Apotheken stets vorrätig gehalten wird.

Neben dem echten Botulismus werden unter der Bezeichnung „Fleischvergiftung" eine Reihe von Infektionen (Paratyphus, Enteritis Gaertner, Proteusvergiftung) subsummiert, die sich nicht immer unterscheiden lassen. Als erste Erscheinungen stellen sich fünf bis zwölf Stunden nach dem Genuß des verdächtigen Nahrungsmittels Übelkeit, Erbrechen, Leibschmerzen und profuse Durchfälle ein, verbunden mit schwe-

rem Krankheitsgefühl, Abgeschlagenheit, Schwindel, Kopfschmerzen und Fieber bis 40° C. Die Leibschmerzen werden in der Magengegend empfunden oder als ausgesprochene Koliken, zuweilen Tenesmus. Muskelschmerzen im Rücken, Kreuz und in den Gliedern und besonders Wadenkrämpfe können den Verdacht auf Cholera erwecken. Bei Paratyphus kann Blut im Stuhle auftreten, ebenso Schüttelfrost, Herpes, Nephritis und hämorrhagische Nephritis. In schwereren Fällen kommt es zu Störungen der Herztätigkeit, Kollaps und Ohnmachten oder zu Benommenheit, Bewußtlosigkeit und Delirien. Alle diese an das Krankheitsbild des Botulismus anklingenden nervösen Symptome verchwinden aber schon nach wenigen Tagen wieder, wie überhaupt in der Regel die oft recht stürmisch einsetzenden Krankheitserscheinungen, wenn sie nicht akut zum Tod durch Herzschwäche führen, gewöhnlich schon nach ein bis vier Tagen einer schnellen Rekonvaleszenz Platz machen. Die Schwere des Krankheitsbildes scheint weniger von einer Vermehrung der infizierenden Keime im Körper des Kranken als von der Menge der in dem Nahrungsmittel gebildeten Gifte abzuhängen, denn die schwersten Erscheinungen werden durch solche Nahrungsmittel hervorgerufen, die längere Zeit und bei erhöhter, der Entwicklung der pathogenen Keime günstiger Temperatur gelegen hatten, ehe sie genossen wurden.

Die Hebung der deutschen Viehzucht im Verein mit der Einfuhr amerikanischen Gefrierfleisches wird hoffentlich zur Verbilligung des Fleisches und bei strengerer Fleischbeschau zur Ausschaltung nichteinwandfreien Fleisches vom menschlichen Genuß beitragen. Bis dahin aber wird die Warnung vor dem Genuß rohen oder nicht genügend gekochten oder durchgebratenen Fleisches zu Recht bestehen bleiben. Wichtig ist auch die Beaufsichtigung der Fleischereien; in der nicht genügend gereinigten Fleischhackmaschine verbliebene Fleischreste gehen in Fäulnis über und infizieren später durchgetriebenes an sich gutes Fleisch. — Ist einmal eine Fleischvergiftung zustande gekommen, so ist die Gefahr der Weiterverbreitung nicht groß, da die Botulismuskranken im allgemeinen nicht infektiös sind. Immerhin wird man aber mit Rücksicht auf die Möglichkeit von Paratyphus und anderen übertragbaren Infektionen alle Erkrankten isolieren und ihre Abgänge desinfizieren. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrkh., Bd. 103, H. 2, 1924.)

Die Flüssigkeitsbeschränkung und Flüssigkeitszufuhr in der Therapie.

Von Prof. S. Isaac, Frankfurt am Main.

Technik: Der tägliche Wasserbedarf des Menschen beträgt etwa 2 l, wovon die Hälfte bis zwei Drittel auf die zugeführte Flüssigkeit, der Rest auf das in den Speisen enthaltene Wasser entfällt. Mit einer Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr auf 1200 bis 1500 cm^3 (Getränke, Suppen, dünne Breie) können daher bereits therapeutische Wirkungen ausgeübt werden. Man macht von dieser leichten und leicht zu ertragenden Beschränkung Gebrauch, wenn es sich um eine längere Zeit durchzuführende Schonung der Kreislauforgane oder der Nieren handelt. Eine etwas strengere Verordnung stellt es schon dar, wenn man in diese 1500 cm^3 auch den Wassergehalt wasserreicher Speisen (dicke Breie, Obst) mit einrechnet. Bei einer solchen Wasserbeschränkung ist es aber schon geboten, daß die Nahrung nicht zu salzreich und frei von dursterregenden Gewürzen ist, sowie, daß ihr Eiweißgehalt eine mittlere Höhe (70 bis 80 g Protein täglich) nicht überschreitet, um — vor allem bei Störungen der Nierenfunktion — einer Retention von harnpflichtigen Substanzen vorzubeugen. — Eine Beschränkung auf 700 bis 1000 cm^3 Gesamtwassers (das heißt einschließlich

Breie und Obst) pro Tag stellt schon eine eingreifendere Verordnung dar und läßt sich nur in bestimmter Weise und für kürzere Zeit durchführen, etwa in Form der Karellschen Milchdiät oder der von Noordenschen Reis-Obsttage (60 g Reis, mit wenig Wasser zubereitet, und ½ kg Obst, dazu noch etwas Tee und Kaffee). Unter 700 bis 1000 cm³ Wasser Gesamtflüssigkeitszufuhr gefährdet man bereits den normalen Wassergehalt der Gewebe. Bei bestehenden Ödemen hingegen führt bereits eine Beschränkung auf 1000 cm³ Flüssigkeit beträchtliche Entwässerung herbei. — Soll (hauptsächlich in gefahrdrohenden Stadien der akuten Nephritis) alle Flüssigkeitszufuhr unterbunden werden, so muß gleichzeitig auf jede Nahrungszufuhr verzichtet werden: Fasttage. — Dies sind die hauptsächlich in Betracht kommenden Verordnungen. Dem gegenüber spielt die Verabfolgung sogenannter „Trockendiät", z. B. in der modifizierten Form der Schrothschen Kur (300 g Semmel, Reisbrei, 300 bis 400 cm³ Wasser) in der Praxis eine untergeordnete Rolle und kommt nur für besondere Fälle in Betracht.

Indikationen: Bei ödematösen Herzkranken hat man schon am frühesten Flüssigkeitsbeschränkung angewendet (Oertel). Die klinische Wirksamkeit des Verfahrens ist hier nicht zu bestreiten; häufig vermindern sich die Ödeme, steigt die Diurese und hebt sich sogar die Herzkraft. Auch, wo mit der Flüssigkeitsbeschränkung allein keine genügende Entwässerung zu erzielen ist, wirkt die Methode gut unterstützend und begünstigt die bereits mangelhaft gewordene Wirksamkeit der Herzmittel und Diuretika. Fälle von chronischer Herzinsuffizienz mit Ödem eignen sich mehr als dekompensierte Klappenfehler für die Flüssigkeitsbeschränkung. In manchen Fällen dieser Art muß man zu den strengsten Verordnungen greifen (Karell oder Reistag). Wer einmal eine Herzdekompensation durchgemacht hat, sollte sich weiterhin dauernd auf 1½ l reine Flüssigkeit täglich (ohne Hinzurechnung von Obst und Breien) beschränken. Die Erklärung für die Wirksamkeit der Flüssigkeitsbeschränkung auf die Ödeme liegt vielleicht mehr in der Kochsalzarmut der Nahrung. — Auch bei nicht ödematösen Herzkranken entlastet nach sicheren klinischen Erfahrungen die Flüssigkeitsbeschränkung das Herz und den Kreislauf, wenn wir auch für diese Erscheinung noch keine Erklärung geben können. Besonders Hypertoniker werden mit Vorteil auf 1½ l Flüssigkeit pro Tag gesetzt. Durch eingeschaltete Tage mit stärkster Flüssigkeitsbeschränkung oder gar durch Hungertage sieht man hohen Blutdruck oft beträchtlich sinken. Auch die nächtliche Atemnot der Hypertoniker schwindet dann meist und kann bei Weiterregulierung des Wasserhaushaltes lange Zeit ausbleiben.

Bei der akuten Nierenentzündung hat man noch bis vor kurzem durch reichliche Wasserzufuhr Stoffwechselschlacken und Toxine auszuschwemmen versucht. Heute weiß man besonders durch die Arbeiten Noordens und Volhards, daß die Flüssigkeitsbeschränkung die besseren Resultate gibt. Die günstige Wirkung strenger Durstkuren, besonders in den gefahrdrohenden Anfangsstadien mit Dyspnoe, Ödem, Blutdrucksteigerung, spärlicher Diurese und Neigung zu eklamptischen Anfällen, beruht weniger auf Entlastung der Nieren als des Kreislaufes. Je nach Lage und Schwere des Falles kommen bei der akuten Glomerulonephritis die leichten Flüssigkeitsbeschränkungen bis zum völligen Fasten in Betracht. — Auch bei chronischen Nierenerkrankungen, insbesondere der Nierensklerose, hat sich eine mäßige Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr als nützlich erwiesen. Bei der Schrumpfniere mit relativ gut erhaltener Nierenfunktion können Kreislaufstörungen (stenokardische Beschwerden, Asthma) im Vordergrunde stehen, und eine mäßige Wasserbeschrän-

kung entlastet dann den Kreislauf und wirkt der Blutdrucksteigerung entgegen. Nur, wenn die Konzentrationsfähigkeit der Nieren stärker gelitten hat (Fixierung des spezifischen Gewichtes und der kompensatorischen Polyurie, Erhöhung des Reststickstoffgehaltes im Blute), ist eine gewisse Menge Wasser notwendig, damit keine zu starke Anhäufung harnfähiger Stoffe im Blut und Gewebe sich ausbildet. Aber auch hier kann man durch vorsichtige Bemessung der Flüssigkeiten den Kreislauf vor Überlastung schützen. Bei drohender Urämie jedoch kann eine kräftige Durchspülung des Körpers notwendig werden. — Bei chronischen Nierenkrankheiten mit Hydrops ist zu unterscheiden: Bei kardialer Herkunft der Ödeme (bei Schrumpfniere häufig) ist die Flüssigkeitsbeschränkung nützlich; bei nichtkardialer Herkunft der Ödeme (besonders bei der tubulären Form der Nephritis) steht die Beschränkung der Kochsalzzufuhr im Vordergrunde.

Zur Entfettung Fettleibiger wurde vor drei bis vier Jahrzehnten häufig die Flüssigkeitseinschränkung verordnet (Oertel, Schweninger). Man glaubte, daß durch reichliche Wasseraufnahme die Fettverbrennung vermindert werde. Diese Anschauung ist zwar inzwischen widerlegt; aber trotzdem ist eine gewisse Einschränkung der Zufuhr von Flüssigkeit und besonders von Kochsalz auch heute zur Behandlung der Fettleibigen heranzuziehen, da bei diesen Patienten Wasser- und Kochsalzretention infolge Dysfunktion innerer Drüsen eine Rolle zu spielen scheint, und da ferner eine Schonung der Herzkraft hier oft in Frage kommt. Ähnliche Gesichtspunkte kommen für die Chlorose und andere endokrine Störungen in Betracht.

Die oben erwähnte „Trockendiät" hat heute ihre Hauptindikation nur bei Bronchiektasie und putrider Bronchitis, worauf besonders G. Singer (Wien) hingewiesen hat. Hier allerdings sind ihre Erfolge glänzend. Unter ihrem Einfluß sinken tägliche Sputummengen von 150 auf 25 cm^3.

Besonders reichliche Flüssigkeitszufuhr kommt (außer bei Fieber und Durchfällen) vor allem zum Zwecke der Auswaschung und Durchspülung des Organismus therapeutisch in Betracht. Bei gewissen Fällen von Nierensklerose ist (wie oben erwähnt) solche Elimination von Stoffwechselschlacken oft notwendig. Man verordnet zweckmäßig „Trinktage" (Ausspülungstage). An diesen Tagen bekommen die Kranken wasserreiche Nahrungsmittel (Obst), Fruchtsäfte, Zuckerwasser und salzarme Mineralwässer. Auf demselben Prinzip beruhen die Trinkkuren in gewissen Badeorten, z. B. gegen Gicht. Von vitaler Bedeutung ist oft reichliche Flüssigkeitszufuhr nach großen Blutverlusten. Kann in solchen Fällen die Flüssigkeit nicht per os aufgenommen werden (nach Operationen, Magenblutungen, bei schweren Infektionskrankheiten, Urämie), so muß man zur rektalen, subkutanen oder venösen Einverleibung greifen. Die einfachste und schonendste Form sind die Tröpfchenklistiere (physiologische Kochsalzlösung oder 5% Traubenzuckerlösung, eventuell mit Zusatz von 2 bis 3% Alkohol). Mit den Tröpfchenklistieren können leicht bis zu 4 l Flüssigkeit pro Tag zugeführt werden. Ist Eile am Platze, so wählt man die subkutane oder noch besser die schmerzlose venöse Applikation. Mit einer Venenpunktion kann man bis zu 1 l Flüssigkeit zuführen, eventuell nach vorangegangenem deplethorischem Aderlaß, um bei bestehender Herzschwäche eine Überfüllung des Kreislaufes zu vermeiden. In letzter Zeit wird die Frage vielfach diskutiert („Ars Medici" 1924, S. 254), welche Lösungen bei der intravenösen Wasserzufuhr zu bevorzugen sind. Die übliche physiologische Kochsalzlösung hat ihre Nachteile, wie das

Kochsalzfieber und eine gewisse Reizung der Gewebe, wahrscheinlich infolge Fehlens der Kalziumionen. Besser ist die Ringerlösung, die sich aber aus verschiedenen Gründen auch nicht eingebürgert hat. Sehr bewährt hat sich das Normosal (des Sächsischen Serum-Werkes in Dresden), welches allen Anforderungen zu entsprechen scheint. Verfasser bevorzugt im allgemeinen die isotonische (5.4%ige) Traubenzuckerlösung, die für die Praxis an die Stelle der physiologischen Kochsalzlösung treten sollte, zumal auch der Zucker im Körper verwertet wird. Zahlreiche neuere Untersuchungen haben gezeigt, daß man ohne Schaden den Zuckergehalt der infundierten Lösung wesentlich steigern kann (500 cm³ einer 10 bis 25%igen Lösung). Solche hypertonischen Lösungen bewirken stärkere Wasserverschiebungen im Organismus und lassen daher zugleich eine gründliche „Auswaschung" erwarten. Nur bei Hypertonikern ist von der hypertonischen Traubenzuckerlösung abzusehen. (Klin. Wschr. Nr. 43, 1924.)

Zur Diagnose und Therapie der Gelenkserkrankungen.

Umber (Berlin) unterscheidet in der Nosologie der Gelenkserkrankungen drei große Hauptgruppen in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht.

1. Die Infektarthritis, die häufigste Form der Gelenkserkrankungen; 2. die seltenere endokrine chronische Periarthritis (destruens) und 3. die Osteoarthritis (Arthropathia) deformans, die nicht eine entzündliche, sondern eine degenerative Erkrankung ist, ausgehend vom Gelenkknorpel. (M. m. W. Nr. 1, 1924.)

Munk (Berlin) stellt die Einteilung der chronischen Gelenkserkrankungen auf die breitere Basis pathologisch-anatomischer Erkenntnisse. Die ätiologische Einteilung scheitert, wie er ausführt, in der Praxis meistens daran, daß sich im Einzelfalle eine ätiologische Noxe nicht nachweisen läßt, auch nicht in den Fällen, in denen wir durch die Art des Prozesses (Entzündung) eine infektiöse Ursache annehmen dürfen. Auch sind die äußeren Gelenkserscheinungen bei den verschiedenen Formen von großer Ähnlichkeit, so daß sie eine diagnostische Unterscheidung nicht mit Sicherheit zulassen.

Die Röntgenographie in ihrer heutigen Ausbildung ermöglicht das Erkennen sehr feiner Veränderungen in der Knochenstruktur, läßt aber auch Veränderungen im Bereiche der Weichteile des Gelenkes erkennen, so daß eine anatomische, fast histologische Betrachtung der pathologischen Gelenk- und Knochenprozesse am Lebenden vorgenommen werden kann.

Die Ergebnisse dieser röntgenologisch-anatomischen Forschung sind geeignet unsere Kenntnisse über chronische Gelenkserkrankungen zu bereichern und zu modifizieren, wenn sie auch vorläufig für die Therapie keine unmittelbar praktische Bedeutung haben. So ergaben die Untersuchungen von Munk, daß sich die Tophusbildung im Gelenk primär nur im Gelenksaft, in der Synovialis, in den Schleimbeuteln, Sehnenscheiden, am Periost und am Mark vollzieht. In das Knorpel- und Knochengewebe dringt die Harnsäure nur sekundär ein. Die Zerstörung des Knochens und des Knorpels erfolgt durch die im Knochenmark ausgefallene Harnsäure und erzeugt von den Gelenkflächen aus eine subchondrale Myelitis.

Bei der Therapie ist zu bedenken, daß der Grad der anatomischen Zerstörung nicht absolut maßgebend ist für die Bewegungsmöglichkeit des Gelenkes, das sehr oft trotz anatomischer Veränderung brauchbar bleibt. Weit wichtiger ist das Moment der Schmerzhaftigkeit, das die Bewegung hemmt — so sehr, daß oft von einer akinetischen Angstpsychose gesprochen werden kann — und meist aus einer Spannung resultiert, die im und um

das Gelenk infolge des krankhaften Prozesses besteht (Hyperämie, Exsudate, Hyperplasie der Kapsel, Proliferation usw.). Die Funktion des erkrankten Gelenkes aufrecht zu erhalten muß das Hauptaugenmerk der Therapie sein. Die sekundär auftretenden Atrophien der Muskeln und Kontrakturen können nur durch eine frühzeitig einsetzende Bewegungstherapie vermieden werden, die Energie und Geduld vom Patienten, wie vom Arzte fordert, der sich davon auch durch zeitweilige Exazerbationen und leichte Temperaturanstiege nicht abhalten lassen darf, sie energisch fortzusetzen. Man wird in vielen Fällen bei der ersten großen Mobilisation eine kurze Narkose (Chloräthylrausch) zu Hilfe nehmen müssen, in leichteren Fällen mit Morphium oder 2% Novokaininjektionen intra- und periartikulär das Auskommen finden.

Bei den exsudativen Formen muß man vorerst die Spannung durch Punktion der Gelenke und Anwendung der bekannten antiphlogistischen Mittel herabsetzen. Zur Resorption dienen auch Wärmeapplikation, Biersche Stauung, Diathermie usw. In der Herabsetzung des Schmerzes liegt auch der Wert der als „Antiarthritika" empfohlenen Mittel. Auch der Proteintherapie und Strahlentherapie weist Verf. nur eine schmerzherabsetzende Wirkung zu. Von den chemischen Mitteln kommen vor allem die Salizylpräparate Aspirin, Diplosal, Salophen, Melubrin usw., ferner das Atophan und das intravenös anzuwendende Atophanyl in Betracht. Verf. empfiehlt einen Versuch mit Jod in Form der Tinct. jodi (T. jodi 5.0, T. colchici 15.0, dreimal täglich zehn Tropfen), die namentlich bei Arthr. calcarica sich als wirksam erweist.

Die Röntgenbestrahlung wirkt in häufigen und kleinen Dosen angewendet in leichteren Fällen schmerzstillend (ein Zwanzigstel bis ein Zehntel H. E. D. bei starkem Zinnfilter). Die Proteinkörpertherapie ist namentlich bei der exsudativen Form wirksam. Verf. glaubt nicht, daß ein prinzipieller Unterschied in der Wirkung aller Proteinkörper besteht, von der Milch angefangen bis zu den Vakzinen und der Nukleinsäure und aller anderen Präparate. Dagegen hat Verf. den Eindruck gewonnen, daß für eine Wirkung auf die Gelenke die „pyrogene Reaktion" notwendig ist und zieht daher die intravenöse Anwendungsart vor. Pat. erhält ½ cm³ einer 5%igen sterilen Nukleinsäurelösung oder irgend eines sterilen Vakzins, eventuell „Fibropepton" venös. Darauf setzen Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Temperatursteigerung auf 39° bis 40° ein, die aber in vier bis sechs Stunden abklingen. Nachher erfolgt ein Nachlassen der Schmerzen, in den erkrankten Gelenken, die freier beweglich werden. Ein Abschwellen der Exsudate ist meist auch objektiv nachweisbar. Nach viertägiger Pause erfolgt eine weitere Injektion mit der gleichen oder doppelten Dosis, nach weiteren vier Tagen die dritte Injektion. Hierauf Wechsel des Injektionsmaterials, im ganzen sechs bis zehn Injektionen. Nur wenn eine intravenöse Injektion nicht möglich ist oder zur Nachbehandlung verwendet Verf. die (von Zimmer und anderen empfohlenen) subkutan, bzw. intramuskulär zu injizierenden Mittel wie Kaseosan, Yatren usw.

Das Heilnersche Sanarthrit, die parenterale Schwefelbehandlung, die Impfung nach Ponndorf, die Ameisensäuretherapie beruhen ebenfalls auf dem Prinzip der Proteinkörpertherapie.

Bei der genuinen trockenen ulzerösen Arthritis, die durch endokrine Störungen bedingt ist, kommen Organpräparate wie Ovarial, Novarial Merk, Oophorin, Ovoglandol usw. durch sechs bis zehn Wochen (zirka 2 bis 3 g Substanz) in Anwendung.

Selbstverständlich wirkt die physikalische, balneologische und hydrotherapeutische Behandlung unterstützend und darf nicht vernachlässigt werden. (Med. Klinik, Nr. 5, 6 und 7, 1924.)

Über Polyarthritis rheumatica, die häufigste Erscheinungsform der Gelenkserkrankungen, sprach Ehrström (Helsingfors) beim V. Karlsbader ärztlichen Fortbildungskurs. Er hebt hervor, daß zwingende Gründe vorliegen, die rheumatische Polyarthritis nicht für eine akute, sondern für eine chronische Infektionskrankheit anzusehen. Die Aschof-Tawara-Knoten (submiliare rheumatische Knoten im Myokard), die von Coombs beobachteten rheumatischen Hautknoten sind spezifische Äußerungen des rheumatischen Virus und können dem Tuberkel und dem Syphilom gleichgestellt werden. Holst hält es für wahrscheinlich, daß diese Knoten die Herde bilden, von denen aus die Krankheit akut aufflammt. Auch wenn die Intervalle zwischen den sogenannten Rezidiven Jahre dauern, haben wir es mit einem neuen Aufflammen eines chronischen Prozesses von Virusdepots zu tun. Diese Herde liegen in dem lymphatischen Apparat der Mundhöhle (des Rachens) und in dem Herzen. Die Angina, die nicht selten einer polyarthritischen Attacke vorausgeht, hat einen spezifischen Charakter, ähnlich der Scharlach- und Diphterieangina, wenn man auch nicht imstande ist, sie von einer banalen Angina zu unterscheiden. Das operative Vorgehen gegen hypertrophische Tonsillen, kariöse Zähne usw. hat somit oft eine Berechtigung, wenn auch nicht übersehen werden darf, daß der lymphatische Apparat nur eines der Depots ist, wo sich das rheumatische Virus verborgen hält, aber keineswegs das einzige. Nicht jeder Polyarthritis geht eine Angina voraus. Auch das Herz und die Gelenke müssen nicht gleichzeitig affiziert werden; Herzaffektionen treten oft als erstes Symptom auf, an das sich die Polyarthritis anschließt, es können aber auch Jahre zwischen beiden liegen. Die Ansicht, daß Klappenfehler für Polyarthritis prädisponieren erklärt sich daraus, daß das Virus bei der Entstehung der Karditis im Organismus deponiert wurde. Das polyarthritische Virus kann auch eine Chorea verursachen (rheumatische Enzephalitis), so daß sich zwischen Herz-, Gelenks- und Nervenaffektion die entsprechenden Kombinationsmöglichkeiten ergeben.

Interessant ist auch das Verhalten der Salizyltherapie zu diesen Affektionen. Während sie die Gelenksprozesse im günstigsten Sinne zu beeinflussen vermag, bleiben Herzaffektionen und Chorea unbeeinflußt. Den günstigen Effekt auf Gelenksaffektionen erklärt unter anderen Weintraud derart, daß sie nicht von einem in den Gelenken deponierten Virus, sondern von einer Toxinwirkung hervorgerufen werden. Die Salizyltherapie wirkt nicht ätiotrop direkt auf das Virus und läßt sich mit der Jodkali- oder Quecksilberbehandlung luetischer Symptome vergleichen, die zwar zum Schwinden gebracht werden, wobei aber die Lues latent bleibt. Daher verlangt Holst, daß Patienten, die eine polyarthritische Attacke erlitten haben, einer intermittierenden Salizylbehandlung unterworfen werden. Unabhängig von Attacken mit akutem Charakter gibt das Virus den Anstoß zu meist afebril verlaufenden Prozessen, die im Bindegewebe oder Muskel lokalisiert sind und sich als „rheumatische Schmerzen“ manifestieren. Aber auch die Karditis muß nicht von Fieber begleitet sein (wie es ja auch die Chorea meist nicht ist) und entzieht sich oft in ihrer Eigenart so der Beobachtung.

Bei der Diagnosestellung ist zu beachten, daß ähnliche Krankheitszustände auch durch andere Ursachen hervorgerufen werden können als das rheumatische Virus. Sie kommen bei septischen Zuständen vor, bei Tuberkulose (Poncets tuberkulöse Polyarthritis), bei verschiedenen Infek-

tionen, auch als Äußerung einer Giftwirkung, z. B. bei anaphylaktischen Schocks usw., wobei außer Gelenk- auch Herzaffektionen vorkommen. Hier kann nur länger dauernde Beobachtung den Aufschluß bringen. (W. m. W. Nr. 4 und 13, 1924.)

Die Haffkrankheit.

Seit Juli 1924 tritt unter den Fischern und anderen Anwohnern des frischen Haffs (flacher Strandsee an der deutschen Ostseeküste, der durch einen Dünenwall, die sogenannte Nehrung, bis auf schmale Öffnungen vom offenen Meer getrennt ist — D. Red.) eine bisher unbekannte Erkrankung auf, von der schon über 400 Fälle beobachtet wurden. Die Fischer fahren am Abend gesund aufs Haff; gegen Morgen zwischen zwei und sechs Uhr überfällt sie mitten in der Arbeit ein plötzlicher, sehr heftiger Schmerz im Nacken und Kreuz, dann in Armen und Beinen. Sie stürzen infolge der krampfartigen Schmerzen zusammen, und jede aktive und passive Bewegung bereitet ihnen Qual, die Atmung ist erschwert, es besteht Frostgefühl, Zyanose der Hände und Füße. Nach anfänglicher Harnverhaltung wird dann unter Schmerzen im Unterbauch ein kaffeebrauner oder rötlicher Harn entleert. Die nächste Harnentleerung ist dann schon nur dunkelgelb oder ganz normal. Die Temperatur ist normal oder subfebril. Die Prognose ist günstig, in einigen Tagen schwinden alle Beschwerden, können sich aber bei neuerlichen Ausfahrten in der gleichen Weise wiederholen. Nur drei Kranke sind bisher gestorben, doch hatten diese sämtlich auch andere organische Leiden.

Prof. Rosenow und Tietz berichten über ihre Untersuchungen dieses neuen Leidens. Schon das makroskopische Aussehen des Harnes deutet auf Blutgehalt hin. Tatsächlich fand sich in den ersten Harnportionen stets Hämoglobin oder Methämoglobin, aber keine ganzen roten Blutkörperchen mehr. Bei einem obduzierten Falle wurde Epithelnekrose der Harnkanälchen konstatiert, ganz ähnlich dem Befunde bei Sublimatvergiftung. Lebende Erreger konnten nie im Blut oder Harn gefunden werden. Dies alles spricht für eine Vergiftung als Ursache der Erkrankung, und zwar kommt mit großer Wahrscheinlichkeit ein gasförmiges Gift in Betracht, zumal nur die Fischer erkranken, die dicht über der Wasseroberfläche arbeiten und hier wohl das Gas einatmen. Sporttreibende Segler und die Besatzung der Dampfer erkrankten bisher nie. Eine starke Stütze erhält die Hypothese von der Gasvergiftung durch den Blutbefund. Es finden sich im Blut regelmäßig massenhafte Erythrozyten mit den von Ehrlich als „hämoglobinämische Innenkörper" bezeichneten Gebilden. Diese Innenkörper lassen sich besonders gut mit Supravitalfärbungen, aber auch schon mit May-Grünwald oder Giemsafärbung darstellen: im Zentrum des Erythrozyten, dort, wo sonst die hämoglobinfreie Delle ist, sieht man ein oder mehrere rundliche Gebilde, die den Eosinfarbton annehmen. Die Innenkörper sind charakteristisch für Blutgifte, z. B. Kalium chloricum, und lassen sich beim Tier experimentell leicht durch Phenylhydrazin erzeugen. So dürfte wohl die Haffkrankheit durch ein noch unbekanntes gasförmiges Blutgift hervorgerufen werden. Jedenfalls sind die Innenkörper differentialdiagnostisch entscheidend gegenüber einer einfachen rheumatischen Myalgie. — Therapeutisch hat sich gegen die heftigen Muskelschmerzen die Injektion von Atophanyl sehr bewährt. (Klin. Wschr. Nr. 44, 1924.)

Heufieber — spezifische Desensibilisierung.

Zunächst ermittelt man nach Doz. W. Berger (Med. Univ.-Klinik Innsbruck) mittels der Walkerschen Kutanreaktion, ob und welche

Pollen-Idionsynkrasie vorliegt: Polyvalente Pollenvakzine nach Eskuchen (Fabr. pharm. Präp. W. Natterer, München oder Schimmel & Cie., Miltitz bei Leipzig); 25 Einheiten (= E; aus 1 g Pollen gewonnener Extrakt = eine Million E), das heißt 0.1 cm³ der 1 cc-Ampulle zu 250 E, intrakutan, so daß eine deutliche Quaddel entsteht; daneben eine Quaddel mit 50 E und zur Kontrolle eine dritte Quaddel mit phys. Na Cl-Lösung. Positive Reaktion (Quaddel vergrößert mit großem hyperämischen Hof) zeigt sich schon in wenigen bis 30 Minuten, nur ausnahmsweise erst am nächsten Tag. Reagiert Pat. auf 25 E schon positiv, so geht man schrittweise auf geringere Dosen zurück, reagiert er auf 50 E negativ, so steigt man allmählich, eventuell bis 500 E an. Ist auch noch bei 500 E negative Reaktion, so kann nach Eskuchen Pollenidiosynkrasie als ausgeschlossen gelten. Details sind in der der Vakzine beigegebenen Gebrauchsanweisung nachzusehen.

Die Vorbehandlung beginnt bei hochgradiger Allergie schon im Jänner, bei leichterer spätestens im März, um zu Beginn der Blütezeit entsprechend hohe Dosen erreichen zu können. Allgemeinreaktionen müssen vermieden werden. Man beginnt mit der halben Dosis subkutan des durch die Kutanreaktion ermittelten Grenzwertes (Empfindlichkeitsgrenze) und injiziert alle drei, später bei größeren Dosen alle vier bis acht Tage, so ansteigend, daß man bis Mitte Mai 5000 E erreicht (bei Beginn im März in zirka 15 Injektionen).

Saisonbehandlung während der Blütezeit und bei Anfällen in der zweiten Blütezeit bis zu dieser fortgesetzt: wöchentlich 5000 E subkutan. (Ohne Vorbehandlung gefährlich!) Bei Allgemeinreaktionen (Asthma, Urtikaria usw.) 0.5 cm³ Adrenalin oder 0.5 mg Atropin subkutan.

Die Kur ist in den nächsten Jahren abgekürzt zu wiederholen. Die Idiosynkrasie scheint dabei allmählich zu schwinden. (W. kl. W. Nr. 39, 1924.)

Die Tuberkulintherapie.

Prof. P. Jungmann (I. Med. Klinik, Charité, Berlin) gibt eine klare, ausgezeichnete Darstellung vom Wesen, den Indikationen und Erfolgen der Tuberkulintherapie. Von Robert Koch an war stets das Bestreben vorherrschend, eine aktive Immunisierung gegen Tbc. zu ermöglichen. Das Kochsche Alt-Tuberkulin enthält bekanntlich die Sekretionsprodukte der Tbc.-Bazillen nach Abfiltrierung ihrer Leiber und soll gegen die toxischen Produkte der Bazillen immunisieren. Dann kam das Neu-Tuberkulin, aus den Sekretionsprodukten plus den Leibern der Bazillen hergestellt, welches auch gegen die letzteren immunisieren sollte. Einige Dutzende anderer in den letzten Jahren hergestellter Tuberkuline sind im Wesen nichts anderes und stellen nur Modifikationen dar mit der Absicht, die unangenehmen Nebenwirkungen der ursprünglichen Präparate auszuschalten. In diesem Sinne bedeuten auch die von Deyke und Much hergestellten sogenannten „Partigene" nichts prinzipiell Neues. Sie bestehen aus drei Körpern, welche abgesondert gegen die Eiweißsubstanzen, Fettsäuren und Lipoide sowie gegen die Neutralfette des Tbc.-Bazillus immunisieren sollen. Das komplizierte, von Deyke und Much ausgearbeitete Verfahren beruht auf der Feststellung des auf die verschiedenen Antigene entfallenden Immunitätstiters bei den einzelnen Krankheitsfällen. Die Idee des Verfahrens konnte der Kritik nicht standhalten, und auch praktisch ließ sich mit den Partigenen keine Immunität erzielen. Andere Autoren erstrebten nun die passive Immunisierung. Man versuchte (ähnlich dem Verfahren bei Diphtherie) bei Tieren durch Einverleibung tuberkulösen Gewebes oder von Tbc.-Bazillen die

antitoxischen, bakteriziden und agglutinierenden Schutzkräfte des Serums zu steigern und verwandte dann solches Serum zur Behandlung. Darauf beruhen die Seren von Margiliano und Marmorek. Auch hier stellten sich keine Erfolge ein. Doch ist dieser Weg noch nicht ganz verlassen und nicht aussichtslos; besonders gelang es Römer in der letzten Zeit im Tierversuch bei Schafen wirkliche Immunität gegen Perlsucht herbeizuführen. Ferner konnten schon Behring und Koch zeigen, daß bei Rindern durch Vorbehandlung mit menschlichen Tbc.-Bazillen Immunität gegen die Perlsucht erzielt werden kann. Andere wollten (ähnlich der Pockenimpfung) auch beim Menschen durch eine einmalige avirulente Infektionssetzung eine Immunität gegen Tbc. erzeugen. Die Perlsuchtbazillen erwiesen sich hiezu als ungeeignet und gefährlich. Aber auch andere Versuche, z. B. mit Kaltblütlerbazillen (Friedmannsches Serum) hatten bis heute keine Erfolge.

Aus allen experimentellen Untersuchungen und klinischen Erfahrungen geht immer wieder hervor, daß sich beim Gesunden keine Immunität gegen Tbc. erzielen läßt. Auch bei Einverleibung virulenter Bazillen hält die dadurch erzielte Erhöhung der Resistenz gegen Nachinfektionen nur so lange an, als sich diese noch im Körper befinden. Es ist nur die Tbc. selbst, die Immunität erzeugt. Heilt die Tbc. vollständig bis zur Vernichtung des letzten Tbc.-Bazillus aus, so ist auch keine Immunität mehr vorhanden, ganz ähnlich wie bei der Syphilis erst nach erfolgter vollständiger Heilung wieder eine Neuinfektion möglich ist. Das tuberkulöse Gewebe selbst spielt bei der Ausheilung der Tbc. die Hauptrolle. Die Aufgabe des Tuberkulins ist es, das tuberkulöse Gewebe in seiner Heilungstendenz und in seiner Immunisierungsfähigkeit zu unterstützen. Und das vermag es wirklich. Das tuberkulöse Gewebe reagiert schon auf Zufuhr kleinster Mengen Tuberkulins mit einer Entzündung. Diese vom Gesunden abweichende Reaktion (von Pirquet Allergie genannt) ist nun individuell und zeitlich äußerst verschieden, und unsere Aufgabe ist es, die am tuberkulösen Gewebe eintretenden Reaktionen derartig zu bemessen, daß sie zu einer verstärkten und beschleunigten Heilung des Tuberkels führen, nicht aber zu seiner Einschmelzung, die eine Propagation der Erkrankung zur Folge haben müßte. So läuft also die gesamte Tuberkulintherapie auf eine Dosierungsfrage hinaus, wobei zwischen den verschiedenen Tuberkulinpräparaten kein wesentlicher Unterschied besteht. Ja, nicht einmal spezifisches Tuberkulin ist notwendig, da man mit anderen Reizkörpern (Albumosen, Milch, Kaseosan, Eigenblut, Tierblutserum) und andersartigen Reizen (Sonnen- und anderem Licht) eine ähnliche Steigerung der Heilungstendenz des tuberkulösen Gewebes erreichen kann. Dem Tuberkulin kommt nur deswegen eine Sonderstellung zu, weil seine Herdwirkung eine besonders starke ist. Daher ist es auch für therapeutische Zwecke am feinsten zu dosieren und den unspezifischen Mitteln überlegen.

Die perkutane Tuberkulineinverleibung (Petruschkys Liniment, Ektebin-Moro und andere) ist nach Verfasser zu wenig wirksam; die kutane (Ponndorf) nicht exakt dosierbar und darum äußerst gefährlich. Für die Praxis kommt daher ausschließlich die subkutane Applikation des Tuberkulins in Betracht. Wie schon oben betont, beruhen die verschiedenen Tuberkuline auf den gleichen Prinzipien, und man kann mit jedem die gleichen Erfolge erzielen. Doch ist die Stärke der einzelnen Präparate verschieden: am stärksten wohl das Alt-Tuberkulin, dann folgt in der Skala etwa die Kochsche Bazillenemulsion, das Tuberkulin-Rosenbach, das besonders von Sahli empfohlene Tuberkulin-Béranek, dann das Deyke-Muchsche Präparat.

Eine vieltausendfältige Erfahrung hat gelehrt, daß das Optimum der Tuberkulinwirkung bei einer Dosierung erreicht wird, bei der die Allgemein- und Herdreaktionen die Schwelle der klinischen Wahrnehmbarkeit höchstens gerade erreichen, kaum je aber überschreiten dürfen. Zu diesem Zwecke ist dauernde Kontrolle des Kranken notwendig in bezug auf den lokalen Befund, die Temperatur und die Gewichtskurve; ferner ist viel Zeit nötig, da eine solche Behandlung von vorneherein auf mehrere Monate eingestellt werden muß. Wenn man die Tuberkulinempfindlichkeit des Einzelfalles nicht schon kennt, so beginne man etwa mit 1/10.000 mg Alt-Tuberkulin, 1/1000 mg Neu-Tuberkulin oder Bazillenemulsion, oder 0.01 bis 0.05 cm^3 des Tuberkulin-Rosenbach. Jede folgende Injektion soll etwa um die abgerundete Hälfte größer sein als die vorausgehende, solange nicht stärkere Reaktionen auftreten. In diesem Falle muß man die Dosis wieder verringern oder wenigstens die gleiche wiederholen. Auch die Pausen zwischen zwei Injektionen sind individuell zu variieren; jede Reaktion muß vollständig abgeklungen sein, ehe die nächste beginnt. Stark verdünnte Lösungen von Tuberkulin sind nicht haltbar; man stelle sich jede Lösung frisch her, entweder aus reinem Tuberkulin oder aus starken Stammlösungen von Tuberkulin in ½%iger Karbollösung.

Die für die Praxis wichtigste Frage ist die nach den I n d i k a t i o n e n und Gegenindikationen der Tuberkulinbehandlung. Die allgemeine Richtschnur ist auch hier wieder gegeben in der Berücksichtigung der Wirkungsweise des Tuberkulins, das ein Reizmittel für den Krankheitsherd darstellt. Bei klinisch ausgeheilten Fällen ist es überflüssig, bei allen akuten und stark progredienten Fällen ist es von vornherein abzulehnen. Auszuscheiden haben aber auch alle umschriebenen rein oder gemischt exsudativen floriden Erkrankungen, weil hier eine Herdreaktion immer zur Propagation des Prozesses Veranlassung geben kann. So bleiben als das Hauptanwendungsgebiet vor allem die gutartigen, vorwiegend zirrhotischen Formen übrig, bei denen man von einer Steigerung der zellulären Abwehrreaktion eine raschere, zuverlässigere und vollständigere Rückbildung des Krankheitsprozesses erwarten kann. Unter diesen ist die Tuberkulinkur speziell dann angezeigt, wenn es sich um einen schleppenden, an sich weder zur progressiven Verschlechterung noch zur raschen Besserung führenden Verlauf handelt. Diese Fälle sind charakterisiert durch ihren schlechten Allgemeinzustand, mangelnde Appetenz und Anämie. Das sind die einzigen Fälle, wo auch unter Umständen seltenere stärkere Reaktionen einen besonders guten Erfolg geben. Insbesondere ist hier die wasserbindende Kraft des Tuberkulins von großem Nutzen; sie wirkt der die Rekonvaleszenz hemmenden Demineralisation entgegen. Hier beobachtet man dann in kurzer Zeit große Gewichtszunahmen infolge von Wasseransatz, die die Grundlage und Voraussetzung für den eigentlichen Stoffansatz bilden. Ferner ragieren gut auf Tuberkulin jene Fälle, bei denen trotz längerer Bettruhe ein ziemlich gleichmäßiges, dem übrigen Befund oft kaum entsprechendes Fieber besteht. Dieses ist (auch bei Bronchialdrüsentbc.) vielfach besonders gut und rasch zu beseitigen durch eine systematische, allerdings mit kleinsten Dosen beginnende Tuberkulinbehandlung. Selbst kleine, während der Behandlung auftretende Blutungen brauchen bei zirrhotischen Formen nicht zum Abbruch der spezifischen Behandlung zu veranlassen, obwohl man bei Blutungsgefahr mit der Dosis besonders vorsichtig steigen und bei größeren Blutungen vom Tuberkulin ganz Abstand nehmen muß. Für die Erkrankung der serösen Häute, für die leichteren Erkrankungen des Darmes und der Mesenterialdrüsen gelten die gleichen Grundsätze: die

schweren, hochfieberhaften Erkrankungen scheiden aus, bei den leichteren beginnt die Tuberkulinbehandlung nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen, wenn die weitere Rückbildung nicht recht vom Fleck kommen will. Man sieht also, daß der Rahmen für die Tuberkulinbehandlung recht eng gezogen ist. Das muß der praktische Arzt aber wissen, um einerseits Schädigungen, anderseits unnütze Polypragmasie zu vermeiden. (Klin. Wschr. Nr. 41, 1924.)

Wie oben erwähnt, geht unsere bisherige Anschauung dahin, daß eine Immunisierung Gesunder gegen Tbc. durch Tuberkulin nicht möglich sei. Nun haben aber in der allerletzten Zeit Bessau, Seligmann und Klopstock in ihren Versuchen doch mit einem aus abgetöteten Tbc.-Bazillen gewonnenen Impfstoff Meerschweinchen tuberkulinempfindlich machen und damit eine deutliche Schutzwirkung gegen die Infektion erzeugen können. Langer (Kaiserin Auguste Viktoria-Haus, Berlin) gelang es, durch eine einmalige intrakutane Injektion seines Impfstoffes 147 eine viele Monate anhaltende Tuberkulinempfindlichkeit auch beim Säugling hervorzurufen. Damit ist zum ersten Male die künstliche Sensibilisierung mit abgetöteten Tbc.-Bazillen beim Menschen gelungen und es eröffnet sich die Möglichkeit einer Schutzimpfung gegen Tbc., besonders für gefährdete Säuglinge. (Klin. Wschr. Nr. 43, 1924.)

Neurologie und Psychiatrie.

Zur Behandlung der lanzinierenden Schmerzen der Tabiker.

Nach Prof. Wagner-Jauregg (Wien) wird der tabische Prozeß durch die moderne Neosalvarsan-Hg-Therapie in Kombination mit Tuberkulin, Vakzine, Natr. nuclein., Phlogetan o. dgl. häufig günstig beeinflußt, nicht selten aber gerade mit Ausnahme der lanzinierenden Schmerzen. Diese werden als die Reaktion eines durch den tabischen Prozeß veränderten Nervengewebes auf irgendwelche meteorologische (Kälte, Feuchtigkeit, Winde, Trockenheit usw.), alimentäre, toxische oder infektiöse Reize definiert. Oft spielt auch ein konstitutioneller Faktor eine Rolle. Der tabische Prozeß selbst geht keineswegs mit den Schmerzen parallel. Sie können durch viele Jahre das einzige subjektive Symptom bleiben und andererseits in rapid fortschreitenden Fällen völlig fehlen. Obige Kuren sind daher nicht endlos fortzusetzen, wenn die Schmerzen unbeeinflußt bleiben. Vor Morphium und seinen Derivaten ist dringend abzuraten; nur bei den gastrischen Krisen ist vorsichtiger Morphiumgebrauch oft nicht zu vermeiden. Günstig wirken oft die verschiedenen Antineuralgika, sowie physikalische Prozeduren (Diathermie, Sollux-Quarzbestrahlungen, Druckbestrahlungen mit der Kromeyerlampe unter Blaufilter — Ref.), manchmal auch lokale Kälteanwendung. Das Verordnen eines Unterbeinkleides aus Rehleder in der kühlen Jahreszeit hat sich oft als sehr wohltuend erwiesen. Fahrten im offenen Auto sind zu verbieten. Überernährung, namentlich mit zuckerreicher Kost, Diätfehler und Obstipation sind zu vermeiden. (W. kl. W. Nr. 40, 1924.)

Die Linkshändigkeit

ist nach sorgfältigen Untersuchungen von H. W. Siemens (Univ.-Hautklinik, München) nicht erblich. Bei eineiigen Zwillingen, also solchen mit gleicher Erbanlage, findet sich oft Linkshändigket eines und fast nie Linkshändigkeit beider Zwillinge. Von vielen Autoren wurde zwar familiäres Vorkommen der Linkshändigkeit betont, aber es scheint sich dabei um Trugschlüsse zu handeln. Wenn man nämlich die ganze Literatur ein-

gehend durchsieht, so findet man, daß mindestens 5% aller Erwachsenen und 10% aller Kinder Linkshänder sind (bei Kindern scheint sich die Linkshändigkeit später oft zu verlieren). Bei dieser Häufigkeit der Abnormität ist es kein Wunder, daß oft in derselben Familie zwei oder mehrere Linkshänder angetroffen werden. Das beweist noch durchaus keine Erblichkeit der Linkshändigkeit.

Linkshändigkeit und Sprachstörungen werden auffallend häufig bei dem gleichen Individuum beobachtet. Das spricht aber ebenfalls nicht für die Erblichkeit der Linkshändigkeit. Der Gebrauch der rechten Hand, besonders das Schreiben, bewirkt direkt eine Lateralisierung der Hirnfunktion, speziell eine Lokalisierung des Sprachzentrums in der linken Hemisphäre. Bei Kindern, die von Natur linkshändig, also rechtshirnig sind, tritt mit dem geübten Gebrauch der rechten Hand ein Konkurrenzkampf der beiden Hirnhemisphären um die Vorherrschaft ein, und die (meist vorübergehende) Sprachstörung des linkshändigen Kindes ist eine Folge dieses Sichkreuzens der Willensimpulse.

Eine Beziehung zwischen Linkshändigkeit und Bettnässen konnte Verfasser nicht finden. Eher schon kommt Epilepsie gemeinsam mit Linkshändigkeit vor. Dieses Zusammentreffen erklärt sich nach den Untersuchungen von Redlich dadurch, daß bei einem Teil der Epileptiker infolge einer frühzeitigen Läsion der linken Hirnhemisphäre Linkshändigkeit entsteht, das heißt die Linkshändigkeit ist eine Folge der Epilepsie oder beide Abnormitäten entstehen als Folge einer in frühester Kindheit erworbenen Schädigung des Gehirns.

Die wahre Ursache der Linkshändigkeit ist noch nicht bekannt. Der Erblichkeitstheorie ist durch die obigen Untersuchungen der Boden entzogen. Eher scheinen Gehirnschädigungen eine Rolle zu spielen. Damit läßt sich vielleicht auch das häufigere Vorkommen der Linkshändigkeit bei Schwachsinnigen, Verbrechern und Psychopathen erklären, wenngleich hier auch psychologische und soziale Momente nicht außer acht zu lassen sind, wie z. B. die mangelhafte Erziehung in sozial tieferstehenden Klassen. In den ärmeren Klassen ist die Linkshändigkeit überhaupt häufiger. Schließlich fand Verfasser noch eine deutliche größere Häufigkeit der Linkshändigkeit bei Zwillingen, zu deren Erklärung ebenfalls vielleicht Gehirnschädigungen (durch Lageanomalien, Frühgeburt, Geburtstrauma) herangezogen werden können. (Virchovs Arch. Bd. 252, H. 1, 1924.)

Über rhinogene Neuritis retrobulbaris.

Die Retrobulbärneuritis (Vergrößerung des blinden Fleckes, Zentralskotom, Herabsetzung des Sehvermögens) ist bekanntlich häufig das erste und oft lange Zeit einzige Syptom der multiplen Sklerose. Finden sich noch andere Symptome derselben, wie Paresen, gesteigerte Sehnenreflexe, Verlust der Hautreflexe usw., so wird m. S. wahrscheinlich; ebenso sprechen hiefür Flüchtigkeit der Augensymptome und jugendliches Alter.

Bleibt die Sehnervenschädigung das einzige Symptom, so sollte nach Prof. H. Herzog (Vorst. d. oto-laryng. Univ.-Klinik, Innsbruck) jedenfalls auch rhinologisch untersucht werden, da der Optikus infolge der unmittelbaren Nachbarschaft auch durch entzündliche Nebenhöhlenprozesse in Mitleidenschaft gezogen werden kann (umschriebene seröse Meningitis der Durascheide). Geradezu pathognostisch ist der unmittelbare Erfolg einer Adrenalin-Kokainpinselung des mittleren Nasenganges und Vestibulums auf die Sehschärfe, wenn der Optikus unter dem Drucke eines kollateralen entzündlichen Ödems der Schleimhäute gestanden ist. Damit ist freilich m. Sklerose noch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen, da diese gleichzeitig, eventuell noch latent bestehen kann. In über 50% ist bei Neuritis retro-

bulbaris mit m. Skl. zu rechnen und nur in höchstens 10% mit rhinogener Ursache. Die restlichen Prozente verteilen sich auf Lues, Nikotin, Blei usw.

Die Häufigkeit der primären Optikusaffektion bei der Retrobulbärneuritis dürfte darauf zurückzuführen sein, daß der Sehnerv infolge seiner Lage inmitten eines so häufig entzündlich veränderten Gebietes für das Eindringen des Skleroseerregers einen locus minoris resistentiae abgibt. Behr (W. m. W. 1924) konnte durch epizerebrale Injektion von Siebbeinmaterial, das von Sklerotikern operativ gewonnen wurde, bei Kaninchen Neuritis optica erzeugen. Damit ist die Bedeutung der Nebenhöhlen, namentlich des Siebbeins, für die Neuritis optica neuerdings in den Vordergrund gerückt. (W. kl. W. Nr. 39, 1924.)

Chirurgie.

Die Embolektomie, eine Dringlichkeitsoperation.

Die operative Entfernung eines arteriellen Embolus bei drohender Extremitätengangrän ist eigentlich eine naheliegende Operation. Ein analoger Eingriff, die Embolektomie aus der A. pulmonalis bei postoperativer Lungenembolie, ist ja von Trendelenburg angegeben worden („Trendelenburgsche Operation“) und wird hie und da in Deutschland geübt. Aber die operative Embolusentfernung aus den großen Schlagadern der Extremitäten ist mehr von russischen, skandinavischen und dann französischen Chirurgen geübt worden und wird in Deutschland noch kaum beachtet. Und doch sollte sie nach Prof. Most (Breslau) in jedem diagnostizierten Falle versucht werden, und zwar ist sie eine ausgesprochene Dringlichkeitsoperation, das heißt bietet die besten Aussichten nur, wenn sie in den ersten Stunden nach Eintritt der Embolie ausgeführt wird. Es ist daher Sache der praktischen Ärzte, die rechtzeitige Operation zu veranlassen. Natürlich ist der Prozentsatz der so zu rettenden Kranken nicht groß; das liegt im Wesen der Erkrankung, die nicht selten zugleich Embolien an inneren Organen setzt, und die sich meist bei schweren Herzfehlern, bei Gefäßschädigung nach Infektionskrankheiten, bei schwerer Aortitis usw. einstellt. Bei Vorliegen einer dieser Erkrankungen ist die Diagnose in ausgesprochenen Fällen nicht schwer. Plötzlich empfindet der Patient gleichsam einen schweren Schlag in der befallenen Extremität, einhergehend mit den Anzeichen des Gefäßverschlusses, nämlich Versagen der Kraft in der Extremität, Lähmung derselben, Gefühllosigkeit, Gefühl von Taubheit und Pelzigsein, Blässe und Kühle der Extremitäten. Gewöhnlich stellen sich Motilität und Sensibilität bald wieder ein, während die Zirkulationsstörungen bestehen bleiben. Bei nur teilweiser Verstopfung des Gefäßstammes ist die Diagnose schwieriger; ausschlaggebend sind hier immer die Symptome der Ischämie und der beginnenden Gangrän. Bei obturierender Embolie der Aorta werden die Zeichen der drohenden Gangrän doppelseitig sein und die Schmerzen sich weiter bauchwärts lokalisieren. Die Operation besteht in der Eröffnung des Gefäßes und in der Entfernung des obturierenden Pfropfes. Bei den peripheren Schlagadern ist der Eingriff relativ leicht und in Lokalanästhesie durchführbar. Nur die transperitoneale Eröffnung der Aorta kann Schwierigkeiten bereiten. Die temporäre Blutstillung muß vorsichtig, mittels Höpfnerscher Klammer oder mittels eines mit Gummidrain armierten Doyens oder durch den Fingerdruck des Assistenten bewerkstelligt werden, um die Intimaschädigung möglichst zu vermeiden. Zweckmäßig hüllt man die Arterie in Kom-

pressen, die mit Natriumazetat getränkt sind, und legt die Instrumente ebenfalls in solche Lösung. Da die Intima am Sitz des Embolus oft geschädigt ist, eröffnet man das Gefäß ober- und unterhalb des Embolus und befördert diesen lediglich durch vorsichtigen Druck heraus. (D. m. W. Nr. 44, 1924.)

Operation der Mammahypertrophie und Hängebrust.

Die Operation ist nach Geh.-Rat Prof. E. Holländer (Berlin) auf die Fälle von hochgradiger Hypertrophie zu beschränken, welche die Berufsfähigkeit oder den Lebensgenuß wesentlich beeinträchtigen. Um objektiv den Zustand vor und nach der Operation vergleichen zu können, zieht man die Verbindungslinie der beiden Mamillen und mißt den Abstand dieser Linie von der Inzisur und vom Nabel. Die Operation muß die Funktionsfähigkeit der Mamma erhalten (auch bei sterilen und nicht mehr gebärfähigen Frauen), die Lymph- und Blutbahnen besonders nach der Achsel zu schonen und kosmetisch gute Resultate geben in bezug auf die Form der Brüste sowie auch geringe Sichtbarkeit der Schnittnarben. Die detaillierte Technik ist im Original nachzulesen. Der Schnitt am Warzenfortsatz wird durch dessen Pigmentierung fast unsichtbar. Die seitlichen Narben sind auch bei Festkleidung mit großem Dekolleté nicht zu sehen. Um bei der Operation der zweiten Brust keine ungleichen Formen zu schaffen, tut der Ungeübte gut, die exstirpierten Mengen auf der Wage zu vergleichen. (D. m. W Nr. 41, 1924.)

Über die konservative Therapie von Phlegmonen und Furunkeln

an der Klinik Hochenegg in Wien referierte Kaspar am Wiener Seminarabend (Oktober 1924). Manchmal gelingt es auch stürmisch einsetzende Phlegmonen durch weit ausgedehnte feuchte Einpackungen, eventuell protrahierte heiße Schmierseifenbäder, durch Schienung und Hochlagerung, Purgantien und Salizylate zum Rückgang zu bringen (Temperaturabfall, Fältelung der Haut).

Ichthyol, Jodtinktur und Alkoholumschläge sind zu meiden. Ist in 24 bis 48 Stunden keine Besserung zu verzeichnen, so muß operiert werden, ohne das Auftreten von Fluktuation abzuwarten. Besondere Vorsicht und baldigste Operation ist bei Phlegmonen der Galea, des Gesichtes, Mundbodens und Halses, der Hohlhand und Sehnenscheiden (V-Phlegmone), bei putriden und Gasphlegmonen geboten.

Bei Einzelfurunkeln zunächst Hg-Pflaster oder Hg-Karboltrikoplast, Phenolkampher; im Stadium der Infiltration nach Kappung der Borke 5- bis 10% Präzipitatssalbe, Ichthyolvaseline, Thermophor; bei Sekretion Reinigen der Haut mit Resorzinalkohol, Jodbenzin, umgebende Haare entfernen. Zu vermeiden sind Jod oder reines Ichthyol, Alkoholumschläge, feuchte Umschläge, antiseptische Bäder im Stadium der Eiterung, Biersche Saugglocke.

Bei Furunkulose obige Salbenverbände, Autovakzine, Staphar (Strubell), später eventuell Röntgen lokal, Ganzbäder mit Eichenrindenabkochung, Schmierseife, Sol. Vlemingkx (200 cm³ auf ein Bad). (W. kl. W. Nr. 46, 1924.)

Tintenstiftnekrosen.

Auf die Bösartigkeit der Tintenstiftverletzungen hat schon vor vier Jahren Erdheim hingewiesen („Ars Medici" 1920, S. 350). In neuerer Zeit wurden diese Verletzungen eingehender von Glass und Krüger an Menschen und experimentell an Tieren untersucht. Das giftige Agens ist das meist im Tintenstift verwendete Methylviolett. Unter seinem Einfluß kommt es zu tiefgreifenden subkutanen Nekrosen; durch den Gewebs-

zerfall entstehen höhlenartige Räume unter der Haut, und die Entzündung setzt sich längst der Lymphgefäße, Sehnenscheiden usw. fort. Meist handelt es sich um eine anfangs fast übersehene Stichverletzung der Finger, bei der kleinere und größere Tintenstiftpartikel eingelagert werden. Nach ein bis zwei Tagen entzündet sich die Verletzungsstelle, die Umgebung ist gerötet und druckschmerzhaft, ein roter Strang kennzeichnet die Lymphangitis, und die Patienten bieten oft das Bild einer schweren Infektion mit Fieber (auch Schüttelfrost), Mattigkeit, Kopfschmerzen und Elendsein. Die Haut wird auf weitere Strecken ödematös. Langsam kommt es dann zu reparatorischen Vorgängen, zur Bildung eines Leukozytenwalles, zur Abstoßung der nekrotischen Partien und zum narbigen Ersatz. Die relativ harmlosesten Tintenstifte sind die grünen, danach kommen die gelben, roten, braunen und blauen, am schwersten schädigen die violetten und schwarzen. Die Prognose der Tintenstiftverletzungen ist um so besser, je früher sie radikal angegriffen werden; denn nur die radikale frühzeitige Exzision des durch den Tintenstift getränkten Gewebes mit Entfernung aller noch vorhandenen Tintenstiftreste ist die Therapie der Wahl. Nur in ganz harmlosen Fällen, bei denen so gut wie keine Tintenstiftpartikel unter die Haut gekommen sind, kann man sich eventuell mit einer Exkochleation der Wunde begnügen, und auch hier weiß man nie, wie weit die Nekrose subkutan fortschreiten wird. Sind die Beugesehnen der Finger imbibiert, so muß man oft die Sehnenscheide in weitem Umfange freilegen. Nach der Exzision oder Exkochleation leistet die ausgiebige Pinselung der Wunde mit 1%iger alkoholischer Trypaflavinlösung gute Dienste. (Derm. Wschr. Nr. 49, 1924.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Differentialdiagnose zwischen Appendizitis und Adnexitis

gibt Prof. J. Halban (Wien) folgende Merkmale: In beiden Fällen finden sich vor allem peritoneale Reizsymptome (Schmerzen, Fieber, Brechreiz, Meteorismus, Défense musculaire usw.). Bei einer Virgo sprechen diese eher für Appendizitis, obwohl auch eitrige Entzündungen der Adnexe selbst bei Kindern vorkommen. Auftreten der Symptome in Anschluß an Abortus oder Gonorrhoe deutet klar auf das Genitale hin, obwohl auch hier wieder gleichzeitige Appendizitis nicht sicher ausgeschlossen werden kann. Wichtig ist, daß Adnexaffektionen, namentlich gonorrhoische, die ersten Zeichen oft unmittelbar nach einer Menstruation zeigen. Ausstrahlen der Schmerzen gegen Magen und Leber spricht für Appendizitis; Ausstrahlen in den r. Oberschenkel und gesteigerter Blasendrang kommt bei beiden Leiden vor. Die für Appendizitis angeblich charakteristischen Druckpunkte und sonstigen Zeichen sind nicht absolut verläßlich; sie zeigen nur einen Entzündungsherd in der r. Unterbauchgegend an. Fast stets bewährt sich folgendes differentialdiagnostische Zeichen: Man prüft die Druckempfindlichkeit des Mc Burneyschen Punktes und verfolgt dieselbe nach abwärts gegen das Poupartsche Band. Nimmt die Schmerzhaftigkeit nach abwärts zu, so handelt es sich um Adnexitis; nimmt sie ab, um Appendizitis. Maßgebend ist der Genitalbefund: Sind die Adnexe frei, so ist App. wahrscheinlicher; sind sie verdickt, schmerzhaft, fixiert, so Adnexitis (eventuell auch Stieldrehung, Tubarruptur usw.), wobei wiederum die Kombination mit Appendizitis erwogen werden muß, wenn die Schmerzhaftigkeit nach oben gegen den Mc Burneyschen Punkt zunimmt. Im Zweifelsfalle Laparatomie. Findet man hiebei eine gesunde Appendix, so darf man die entzündeten Adnexe, etwa weil der Bauch schon offen ist, nicht entfernen, da

häufig Peritonitis die Folge wäre. Ergibt die Inzision eines Eiterherdes stinkenden Eiter, so handelt es sich meist um Appendizitis. (W. kl. W. Nr. 43, 1924.)

Frühdiagnose der Schwangerschaft mit Maturin.

Nowak, Porges, Frank und Nothmann haben zuerst festgestellt, daß bei den meisten Schwangeren nach Einverleibung von 100 g Traubenzucker eine renale Glykosurie entsteht, ohne daß gleichzeitig der Blutzuckerwert über 0.19% steigt. Kamnitzer, Joseph und Zondek haben dann die Probe mit Injektion von Phloridzin empfohlen. Nach Einspritzung von 2 mg Phloridzin soll bei Schwangeren eine Glykosurie eintreten, die bei Nichtschwangeren ausbleibt. Die Phloridzinglykosurie wurde schon 14 Tage nach Ausbleiben der Menses beobachtet, nach drei Monaten scheint die Probe unspezifisch zu werden. Neuerdings stellt die Firma Schering (Berlin) ein Fertigpräparat unter dem Namen „Maturin" her, das in 1 cm^3 2 mg Phloridzin und 1 mg Beta-Eukain (gegen die Schmerzen an der Injektionsstelle) enthält. Man injiziert auf nüchternen Magen 1 cm^3 Maturin intraglutäal; bei positivem Ausfall der Reaktion stellt sich eine halbe Stunde nach der Injektion Glykosurie ein, die nach ein bis eineinhalb Stunden wieder verschwindet. Zur Zeit der Probe ist die Verabreichung anderer Medikamente zu vermeiden, da manche Mittel eine positive Reaktion hervorrufen, z. B. Antipyrin, Salizyl, Chloralhydrat, Saccharin, Kampher, Chloroform, Hypophysin, Adrenalin, Terpichin und Quecksilber. — Ewald (Univ.-Frauenklinik, Köln) stellte die Maturinprobe bei 150 schwangeren und nichtschwangeren Frauen an und kommt zu dem Ergebnis, daß ein positiver Ausfall mit größter Wahrscheinlichkeit für Gravidität spricht, ein negativer Ausfall dagegen nur mit Vorsicht gegen Gravidität zu verwerten ist, da immerhin 13% sicher Schwangerer eine negative Reaktion aufwiesen. (D. m. W. Nr. 48, 1924.)

Über das prophylaktische Herabholen eines Fußes bei Beckenendlagen.

Von H. Katz (I. Univ.-Frauenklinik in Wien).

Beckenendlagen werden heutzutage grundsätzlich zuwartend behandelt. Erst dann wird die typische Manualhilfe (Lösung der Arme, Entwicklung des Kopfes) geleistet, wenn die unvermeidliche Kompression der Nabelschnur durch den ins Becken eintretenden Kopf die rasche Entwicklung des spontan bis zum Schulterblatt geborenen Kindeskörpers erfordert.

Das prophylaktische Herunterholen des Fußes (nachdem der Zervikalkanal verstrichen und der Muttermund für mindestens zwei Finger durchgängig ist) ist jedoch angezeigt vor allem bei Gefährdung der Mutter oder des Kindes (Eklampsie, Herzschwäche, schwerer Blutung bei Placenta praevia oder vorzeitiger Plazentalösung, hohem Fieber usw.), ferner bei voraussichtlich schwieriger Geburt (bei Beckenendlagen alter Erstgebärender, bei mäßig verengtem Becken, bei besonders großer Frucht und bei vorzeitigem Blasensprung). Die Entbindung wird notfalls angeschlossen. Ist jedoch der Steiß bereits ins Becken eingetreten und nicht mehr zurückdrängbar (Narkose!), so bleibt nur mehr die mühsame und für das Kind recht ungünstige Extraktion am Steiß übrig. Manchmal gelingt es, durch Einlegen eines schlaff gefüllten Kolpeurynters den Blasensprung bis zum Verstreichen des Muttermundes hinauszuschieben. Selbstverständlich bieten die Zeichen der Dehnung der Gebärmutter eine strenge Kontraindikation zum Herunterholen des Fußes (Gefahr der Uterusruptur).

Man geht bei erster Steißlage mit der ganzen linken, bei zweiter mit der rechten Hand ein und holt den gleichnamigen vorderen, den Bauchdecken näheren Fuß herab. Ist derselbe hoch oben im Fundus, so muß man in Narkose vom Ober- bis zum Unterschenkel sich vortasten und das Knie

durch Druck des Daumens beugen; dann faßt man gabelförmig mit Zeige- und Mittelfinger das Sprunggelenk, zieht den Fuß soweit herab, bis das Knie in der Vulva erscheint und bindet um das gepolsterte Sprunggelenk einen Gewichtszug von zirka ½ kg. Dieser erzeugt regelmäßig so gute Wehen, daß recht bald entweder die Spontangeburt eintritt oder doch wenigstens der Muttermund verstrichen ist, wenn die Extraktion notwendig wird. Jedenfalls müssen jetzt die kindlichen Herztöne häufig kontrolliert werden.

An der Klinik wurde in den letzten drei Jahren unter 274 Fällen von Beckenendlage auf Grund obiger Indikationen (meistens bei engem Becken) nur 18mal prophylaktisch ein Fuß herabgeholt. Elf Kinder konnten dadurch gerettet werden, die sonst wohl ausnahmslos verloren gewesen wären. Fünfzehnmal erfolgte Spontangeburt. (W. kl. W. Nr. 42, 1924.)

Die interne Therapie der klimakterischen Beschwerden.

Dozent E. Graff (Wien) verordnet: Ovarialsubstanz dreimal täglich zwei Tabletten, oder muskulär, am besten gleichzeitig je eine Ampulle Oprotex und Onuclex (Sanabo). Die Ovarialtherapie beeinflußt am besten die Kreuzschmerzen, Harnbeschwerden und das Prolapsgefühl; sie wird durch Kombination mit Thyreoidin (eine Tablette täglich) wirksam unterstützt; das namentlich die häufige Obstipation bessert. Ein gutes Kombinationspräparat aus Ovarialsubstanz, Schilddrüse und Hypophyse ist das Polyhormon. femin. Sanabo (zwei bis drei Tabletten täglich). Bei Wallungen und ausgsprochener Hypertonie wirkt der Aderlaß oft ausgezeichnet. Gegen Blutungen am besten Afenil (10% Ca Cl_2) venös; eventuell Röntgenbestrahlung der Milz oder Hypophysengegend. Sowohl durch Kalk, als auch durch die Röntgenbestrahlung in mittleren Dosen irgendeiner Körperstelle (Hypophyse, Thyreoidea usw.) wird der Vagustonus erhöht, der Sympathikustonus herabgesetzt, somit das im klimakterischen Alter übererregbare vegetative Nervensystem beruhigt. Namentlich wirkt der Kalk (Afenil) beruhigend und krampflösend bei Miktionsstörungen und anderen nervösen Symptomen. Nach Halban ist das wirksamste Medikament gegen die Sympathikushypertonie das Theobromin, das er in Kombination mit Calc. lact. und Nitroglyzerin verwendet (Klimasan). Die physikalische Therapie (Diathermie, Quarzsonne. Heißluft, Sitzbäder usw.) wirkt erfolgreich, namentlich gegen Schmerzen, durch Gefäßdilatation und Hyperämie. (Aus den internationalen Fortbildungskursen der Wiener medizinischen Fakultät. Sonderbeilage zur W. kl. W. Nr. 43, 1924.)

Sterilität durch Infantilismus.

Auf Grund ausführlicher Besprechung der vorliegenden Forschungen kommt Prof. Sellheim (Halle) zu dem Resultat, daß die Ovulation am sechsten bis zehnten Tage nach dem Menstruationsbeginn erfolgt, nach manchen Autoren einige Tage später. Die Lebensdauer von Sperma und Ovulum wird wohl meist überschätzt; nur das unverzügliche Zusammentreffen des frisch abgelieferten Eies mit womöglich schon bereitstehendem, aber auch noch ganz frischem Samen in der Tube bietet die bestmöglichsten Chancen zur Konzeption. Das Befruchtungsoptimum liegt daher praktisch unmittelbar nach Schluß der Menstruation und in den nächsten paar Tagen, was auch mit den praktischen Erfahrungen des Alltages ziemlich übereinstimmt.

Neben Azoospermie des Mannes, Vaginismus, Mißbildungen der Portio usw. spielt bei der Sterilität der Infantilismus eine Hauptrolle; er kann den Eierstock, die Tuben oder den Uterus betreffen. Bei Infantilismus des Ovariums ist die Ovulation sicher gestört. Therapeutisch

muß man sich bestreben, durch allerbeste allgemein hygienische Bedingungen die retardierte Konstitution und die innere Sekretion zu heben. Die Transplantation eines menschlichen Ovars hat sich sehr bewährt: die mangelhafte Funktion des eigenen Eierstockes wird durch den eingepflanzten fremden „Schrittmacher“ scheinbar in normale Bahnen gelenkt. Das Verfahren ist jedenfalls unbedenklich, was man von der neuerdings empfohlenen Reizbestrahlung der Ovarien nicht so ganz behaupten kann. — Der Infantilismus des Eileiters äußert sich im Überwiegen des Bindegewebes über die Muskulatur, vor allem im Bereiche der physiologischen Tubenenge, wo tatsächlich ein Passagehindernis entstehen kann. Therapeutisch kann man von wiederholten Tubendurchblasungen einen Erfolg erhoffen. — Der Infantilismus des Uterus k ö r p e r s zeigt sich in schlechter Implantationsbereitschaft der zu dürftig entwickelten und den regelmäßigen Umwandlungszyklus nur unvollkommen mitmachenden Uterusschleimhaut. Alle Methoden zur Wachstumsanregung (Kürettage, Massage, Wärme in allen möglichen Formen, Elektrizität, Nassauers Fruktulet oder dessen Vorgänger das Fehlingröhrchen) wirken wenig oder nur sehr langsam. Der Infantilismus des Uterus h a l s e s (vermehrte Länge, vermehrte Enge, stärkere Verfaltung, vielleicht auch erhöhte Neigung zum Krampfverschluß) ist ein dankbareres Feld der Behandlung, sofern nicht der übrige Infantilismus einen Strich durch die Rechnung macht. Es handelt sich darum, den Halskanal dem Eindringen der Samenfäden zugänglich zu machen, ohne den eigenartigen Mechanismus und Chemismus des Zervixverschlusses wesentlich zu stören. Verfasser empfiehlt eine mäßige Dilatation mit Ausbügelung der oft schwer zu umgehenden Falten mittels Hegar-Stiften und nachfolgender einmaliger Kürettage als vorbereitenden Behandlung und mit einer von Viertel- zu Vierteljahr wiederholten mäßigen Dilatation und Uterusspülung mit indifferenten Lösungen. (D. m. W. Nr. 42/43, 1924.)

Pädiatrie.

Blutkrankheiten bei Kindern.

Prof. W i e l a n d, Direktor der Universitäts-Kinderklinik in Basel, beschreibt einen Fall von i d i o p a t h i s c h e r P o l y z y t h ä m i e im Kindesalter. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, Bd. 38, S. 647.) Die seltene Krankheit ist eine exquisit familiäre, da sie bei mehreren Gliedern der Familie auftritt. Von sechs Kindern einer Familie litten vier an dieser Erkrankung, die Mutter derselben, eine Schwester der Mutter, ein Schwesternkind und die Großmutter. Die Kranken sind auffallend zyanotisch, haben vielfach Schwindelfälle und wiederkehrende Kopfschmerzen. Die Zahl der roten Blutkörperchen variiert bei den Erkrankten zwischen 8,000.000 bis 12,000.000 pro Kubikzentimeter Blut. Der Färbeindex ist immer um 1. Das weiße Blutbild zeigt keine Abnormitäten. Bei geschlechtsreifen weiblichen Individuen ist die Periode regelmäßig, aber auffallend stark. Die Erkrankung wird gegen Ende des vierten Lebensjahres manifest. Sie ist als eine Systemerkrankung des Blutes zu betrachten, auf konstitutioneller Basis, indem der minderwertige erythropoetische Apparat den mit dem Wachstum sich steigernden physiologischen Ansprüchen an seine Leistungsfähigkeit nicht vollständig gewachsen ist. Als Therapie wird eine vorsichtige Röntgenbestrahlung des Skelettes empfohlen.

S c h i f f und B a y e r sahen in zwei Fällen eine besonders gute Beeinflussung der E r y t h r o d e r m i e (L e i n e r) durch Bluttransfusionen in den Sinus longitudinalis superior. Diese spezielle Hauterkrankung der Brustkinder geht mit profusen Diarrhöen, ziemlich hochgradiger Anämie und Herabsetzung der normalen Immunität einher. Dementsprechend ist

die Mortalität auch eine sehr hohe. Die von den Autoren beobachteten zwei Fälle waren im lebensbedrohten Zustand. Die Infusion von 50 cm³ Blut brachte eine rasche und dauernde Besserung. (Monatsschrift für Kinderheilkunde, Bd. 29, S. 1, Berliner Universitäts-Kinderklinik.)

Epileptische Kinder — Koffein.

Unsere Epilepsiebehandlung bewegt sich noch immer in den alten Bahnen: Brom, Opium, Luminal. Diese Therapie ist gewiß keine kausale, sondern eine rein symptomatische. Außerdem hat sie den Nachteil, daß die geistige Schwächung in der Folgezeit vielleicht oft weniger durch die Epilepsie als durch diese verwendeten Sedativa verursacht wird. Auf Untersuchungen von Stargardter fußend, hat nun Dozent Karger (Univ.-Kinderklinik, Berlin) mit Exzitantien Versuche angestellt. Zunächst wurden Kinder mit Koffein behandelt, bei denen ein Zusammenhang zwischen den epileptischen Anfällen und Ermüdung anzunehmen war, also solche, bei denen die Anfälle abends, während der Nacht und morgens beim Aufstehen auftraten. Ferner erwiesen sich als besonders günstiges Objekt die Kinder mit den sonst so schwer zu beeinflussenden Petit-mal-Anfällen. Schließlich wurden auch andere epileptische Kinder mit nicht zu schweren Anfällen herangezogen. Die Erfolge waren auffallend gute. Es wurde verordnet: Rp: Solutio Coffeini natro-benzoici 4.0: 20.0. Signa 10 bis 15 Tropfen ein- bis dreimal täglich. Wenn die Anfälle nur morgens auftreten, läßt man die Medizin gleich nach dem Erwachen im Bett nehmen; im übrigen variiert man Zahl und Größe der Dosen mit Rücksicht auf die meist prompt angegebene Zeit der Anfälle und mit Rücksicht auf das Alter. Fast in allen Fällen verminderten sich die Anfälle sofort nach Beginn dieser Behandlung. Nach zwei bis drei Monaten wurde das Koffein allmählich weggelassen. Die Anfälle blieben auch weiterhin aus oder traten in schwächerem Maße auf. In der koffeinfreien Zeit kann man — wenn nötig — Luminal versuchen. Jedenfalls kann man in allen Fällen mit nicht zu schweren großen Anfällen und in allen Fällen von Petit-mal-Attacken diese unschädliche Medikation versuchen. Die Mütter konstatierten meist unter der Koffeinbehandlung noch ein geistiges und körperliches Regsamerwerden der Kinder und einen gesteigerten Appetit. (D. m. W. Nr. 45, 1924.)

Die Behandlung der kindlichen Tetanie.

Von Prof. W. Birk (Univ.-Kinderklinik, Tübingen).

Die Kindertetanie verläuft in Form von allgemeinen Krämpfen (Eklampsie), die in größeren Pausen oder aber auch gehäuft auftreten können (Status eclampticus), oder in Form von umschriebenen Krämpfen (Karpopedalspasmen, Laryngospasmen). Schließlich kann die Tetanie latent verlaufen und sich nur durch das Phänomen von Erb (galvanische und mechanische Übererregbarkeit), von Trousseau (künstlich provozierbare Tetaniestellung der Hände) oder das Chvosteksche Fazialisphänomen verraten. Symptomatisch ist noch immer für den akuten Anfall Chloralhydrat (0.5 pro dosi rektal für den Säugling) am besten. Die Ernährung hat vor allem zu berücksichtigen, daß die Tetanie nur beim künstlich ernährten Säugling vorkommt, im Hungerzustand schwindet und dauernd wegbleibt, wenn man das Kind mit Frauenmilch weiterernährt. Man kann also nach 24stündiger Teediät und einigen Tagen Haferschleim- und Milchsuppenkost mit Eiweißzusatz in Form von Plasmon, Nutrose o. dgl. und etwas Lebertran wieder vorsichtig mit Kuhmilch beginnen oder — erfolgsicherer — gleich nach der Teediät Frauenmilch geben. Wahrscheinlich werden die Tetaniesymptome durch eine bestimmte Zusammensetzung des Blutes und der Gewebsflüssigkeit (Salzkonzentration) ausgelöst. Daher erden sowohl mit molkearmer als auch molkereicher Kost Erfolge erzielt.

da beide diese Zusammensetzung beeinflussen. Die Tetaniesymptome werden durch Na Cl-Retention (bei pyelonephritischen Ödemen), durch Zulagen von Natr. bicarbon. oder von Kaliumsalzen verschlimmert, durch Magnesiumsalze und Kalk verbessert. Die Beziehungen zum Kalkstoffwechsel zeigen die Prädisposition rachitischer Kinder, der günstige Einfluß des Lebertrans, das Parallelgehen der jahreszeitlichen Rachitis- und Tetaniekurve.

Der therapeutische Fortschritt liegt in der Verabfolgung hoher Kalkdosen, am besten nach Blühdorn:

Rp: Calc. chlorat. sicc. 10.0 (oder crist. 20.0)
Liqu. ammon. anis. 2.0
Sacchar. 0.2
Gummi arab. 1.0
Aqu. ad 200.0.

Hievon gibt man stündlich einen Teelöffel in reichlichem, gesüßtem Tee bis zu 6 bis 10 g Calc. chlorat. in 24 Stunden. Schon nach wenigen Stunden verschwinden die Tetaniesymptome, auch bei gleichbleibender Kost, so daß man bald mit der Dosis zurückgehen kann. Der Kalk kann beliebig lang ohne Nebenwirkungen gegeben werden, soll aber nicht plötzlich ausgesetzt werden. Selbstverständlich wird man in der Praxis gleichzeitig eine fehlerhafte Ernährung richtigstellen, eine eventuelle Rachitis behandeln usw.

Manchmal wird aber der Kalk wegen seines schlechten Geschmackes von den Kindern nicht genommen. Erzwingen läßt sich dies nicht, da Aufregungen erst recht namentlich Stimmritzenkrämpfe auslösen. Eine andere als orale Zufuhr ist beim Säugling unmöglich. Hier helfen neuere, namentlich amerikanische Forschungen (Frant, Mc Callum und andere) weiter. Man stellte dort den Begriff der Alkalose im Gegensatz zur Azidose auf. Alkalose und gleichzeitig Tetaniesymptome werden experimentell erzeugt, wenn man eine Zeitlang möglichst tief atmen läßt („Atmungstetanie" mit Chvostek, Trousseau, Erb; Absinken des CO_2-Gehaltes des Blutes, der Ammoniakausscheidung, der Harnazidität usw.), oder wenn man durch eine Pylorusfistel den sauren Magensaft abfließen läßt („Magentetanie"). Durch Salmiak läßt sich die Azidose wieder herstellen (Haldane). Ebenso durch Salzsäuremilch, Ammoniumchlorid oder -phosphat (siehe Porges, „Ars Medici" 1923, S. 460). Man verschreibt am besten eine 10%ige Lösung von Ammon. chlorat. pur. (pro analys.) und gibt davon 0.6 g pro Kilogramm Körpergewicht täglich, eventuell mit Opiumzusatz, wenn dünne Stühle auftreten. Diese Salmiakbehandlung wirkt rasch und sicher.

Kalk und Salmiak wirken aber nur symptomatisch. Häufig ist nicht eine Alkalose, sondern eine Kalkstoffwechselstörung Ursache der Tetanie. Diese wird am besten, wenn auch langsam (etwa erst in 8 bis 14 Tagen), durch Lebertran und künstliche Höhensonne gebessert. Letztere ist namentlich bei latenter Tetanie angezeigt. Im Anfall gibt man also Chloralhydrat rektal und nach dem Erwachen aus der Narkose stark verdünnt in häufigen Gaben Kalk oder Salmiak, eventuell auch vorübergehend Teediät; außerdem verordnet man für längere Zeit Lebertran und künstliche Höhensonne. (Die Ther. d. Gegenw., H. 8, 1924.)

Für und wider die operative Behandlung des Krupps.

Es war zu erwarten, daß die scharfe Ablehnung der operativen Behandlung des Krupps durch Schloßmann („Ars Medici" 1924, S. 457) nicht unwidersprochen bleiben werde. Bessau (D. m. W. Nr. 28, 1924) und Bokay (D. m. W. Nr. 36, 1924) haben denn auch schon die radikalen Thesen Schloßmanns bekämpft. Auch Prof. Klotz (Lübeck) rät zur

mittleren Linie. Sicher wird heute im allgemeinen zu viel tracheotomiert, zumal in dem gefährlichen allerfrühesten Kindesalter. Die Tracheotomie war in der Zeit vor dem Diphtherieserum fast unsere einzige Waffe gegen den Krupp. Heute wissen wir, daß sich bei genügenden Serumdosen auch Stenosen zurückbilden können. Allerdings sollte es nicht vorkommen, daß bei von vornherein schwer einsetzender Diphtherie Dosen von nur 1000 bis 1500 Einheiten injiziert werden. Sinn und Zweck hat die Tracheotomie doch nur, wenn der Prozeß auf den Hypopharynx, Larynx oder auf die obere Trachea beschränkt ist. In dieser günstigen Situation ist man aber bei Kindern unter drei Jahren selten. Hier sind fast immer schon die Bronchien beteiligt; daher wird im ersten Lebensjahre ein Kind wohl nie durch die Tracheotomie gerettet und auch im zweiten Lebensjahre so erschreckend selten, daß man sich kaum zur Operation in diesem Alter entschließen sollte. Aber auch bei älteren Kindern mit beginnender oder intermittierender Stenose soll man prinzipiell konservativ vorgehen unter energischer Serumbehandlung und unter Aufgebot aller zur konservativen Behandlung verfügbaren Mittel. So gibt Verfasser mit gutem Erfolge bei Fieber über 38.5 Pyramidon. Wo die Freiluftbehandlung am Widerstand der Angehörigen scheitert: Dampfbehandlung und Spray mit Novokain-Adrenalin. Vor vielen Jahren wurde auch schon (von Niemeyer) ein Kaltluftrespirator für Diphtheriekranke angegeben. Ist nach zwölf Stunden keine Wendung zum Bessern eingetreten, dann Intubation. Bei intermittierender Stenose kann man auch bis zu 24 Stunden warten. Voraussetzung für die konservative Therapie ist ein völlig suffizienter Kreislauf. Sind Herz und Gefäße geschädigt, so ist Intubation oder Tracheotomie anzuraten. Hier feiert die Tracheotomie ihre schönsten Triumphe, und ihre Unterlassung ist eigentlich als Kunstfehler zu betrachten. Aber es sei nochmals betont, das gilt nur für Kinder jenseits des vollendeten zweiten Lebensjahres. (D. m. W. Nr. 46, 1924.)

Scharlacherfahrungen

teilt Herderschee (Amsterdam) mit. Eine erworbene Immunität gegen Scharlach gibt es nicht; Rezidive sind nicht selten. Die Prognose wird mit vom Lebensalter bestimmt: Kinder unter drei Jahren sind mehr gefährdet als ältere. Die jungen Kinder neigen mehr zur Komplikation der Otitis media, die älteren mehr zu Nephritis. Die Diagnose ist oft schwierig. Wenn auch zuweilen ein Quecksilberexanthem oder Masern oder Röteln für Scharlach gehalten werden, so ist doch umgekehrt das Verkennen eines wirklichen Scharlachs der häufigere Fall. Die klassischen Symptome, wie Erbrechen und die „Scharlachzunge" fehlen recht oft. Dagegen sind gar nicht selten Hautjucken und Parästhesien in Fingern und Zehen vorhanden. Das skarlatiniforme Exanthem, das zuweilen ein bis zwei Tage nach einer Varizelleneruption auftritt, ist häufig echter Scharlach. Ebenso das Exanthem im Anschluß an Verbrennungen und Verletzungen (Wundscharlach). Die Behandlung ist rein symptomatisch. Bei den schweren toxischen Fällen kann ein Versuch mit Neosalvarsan (vgl. „Ars Medici" 1924, S. 474) gemacht werden. (Ztrlbl. f. inn. Med. Nr. 29, 1924.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Dermatologische Ratschläge.

Epheliden: Abwechselnder Gebrauch nachfolgender zweier Salben: Rp: Hydrogenii hyperoxyd. (12 Volumprozent) 4, Lanolini 10, Vaselini 15, und Rp: Cold Cream, Bismuth. subnitrici ana 15.

Hyperhidrosis der Gelenkbeugen — Behandlung. Morgens und abends waschen mit: Rp: Formoli 4, Aqu. dest. 96. — Hierauf

pudern mit: Rp: Amyli oryzae 50, Bismuth. subnitr. 25, Kalii hypermangan., Talci veneti ana 10.

Zur milden Enthaarung empfiehlt Sabouraud: Einige Monate lang allabendliche Einreibung durch mehrere Minuten von: Rp: Thallii acetici 0.4, Zinci oxyd. 2.0, Lanolini, Aqu. rosar. ana 5.0, Vaselini 20.0. — Nach der Einreibung nochmaliges Einfetten mit dieser Mischung und Liegenlassen derselben bis zum Morgen.

Haarwuchsbefördernde Kopfwaschung: Rp: Tinctur. Chinae rubr. 12.0, Tinctur. Cantharid., Acidi carbolici liquefacti ana 0.8, Tinctur. Strychni 0.2, Spiritus Coloniensis, Olei Cocos ana 17.2.

Pyodermien und insbesondere Impetigo-Behandlung nach Leon Tixier, Paris: Rp: Jodi puri 0.05, Xyloli puriss. 1.0, Vaselini 10.0. — Diese von Bory 1917 angegebene Salbe ist wenig bekannt, aber sehr wirksam. Da sie jedoch manchmal reizt, ersetzt man sie (nachdem man etwaige Krusten vorher durch feuchtantiseptische Verbände entfernt hat) durch Zinkpaste. (Journ. de méd. de Paris, 20. September 1924.)

Die feuchte Kammer bei Ulcus cruris und anderen Hautulzerationen.

Im Jahre 1918 hat Bier vorgeschlagen (ausführlich referiert in „Ars Medici" 1918, S. 312), granulierende Wunden luftdicht abzuschließen. Das sich stauende Wundsekret ist ein wirkliches „pus bonum et laudabile" und fördert sehr die Regeneration des fehlenden Bindegewebes. Schäber hat dann über gute Resultate dieser abschließenden „feuchten Kammer" bei Ulcus cruris berichtet. Lang (Derm. Univ.-Klinik, Budapest) hat das Verfahren wieder aufgenommen und empfiehlt es nach Erprobung an 38 Kranken mit Unterschenkelgeschwüren. Bevor man ein Ulcus cruris in der feuchten Kammer abschließt, muß man es relativ keimfrei machen. Das geschieht am besten durch täglich drei- bis viermal gewechselte Umschläge mit ¼%-iger Argent. nitr.-Lösung. Nur bei jauchigen Geschwüren oder solchen, deren Grund mit nekrotischen Gewebsmassen bedeckt ist, ist zur gleichzeitigen Desodorierung ½- bis 1- bis 2%ige Kal. permangan.-Lösung oder 1‰ Sublimat vorzuziehen. Die Umgebung des Geschwürs wird durch Jodtinkturpinselungen möglichst sterilisiert. Nach drei bis fünf Tagen (in einzelnen Fällen aber erst nach zwei bis drei Wochen) ist das Geschwür keimfrei und kann die Abschließung vorgenommen werden. Man erkennt diesen Zeitpunkt an dem Erscheinen frischroter, belagfreier, saftreicher Granulationen. Zur Verklebung wird nun der Rand des Geschwüres mit einer dünnen Schicht Zinksalbe oder Paste bestrichen und über das ganze Geschwür ein Stück Billroth-Battist (welches durch 24stündiges Einlegen in eine 2‰ Sublimatlösung sterilisiert ist) faltenlos so gelegt, daß es die Geschwürsränder überall um 1 bis 2 cm überragt. Darüber kommen einige Schichten Baumwolle oder Zellstoff und Befestigung mittels Binden. Bei Neigung zu Granulationswucherungen ist auf einen gleichmäßigen Druck Gewicht zu legen, eventuell mit Stärkebinden. Diese Behandlung ist nur unter Bettruhe angezeigt, ambulant nicht durchführbar. Der Verband kann durchschnittlich acht Tage liegen bleiben, zuweilen auch 12 bis 14 Tage. Heftige Schmerzen oder Hypersekretion zwingen manchmal zu seiner Entfernung, doch ist hieran meist ungenügende vorherige Keimfreimachung schuld. Man setzt daher in solchen Fällen wieder die Höllensteinumschläge fort und versucht nach einiger Zeit erneut die Verklebung. Ebenso ist zwischen je zwei Verklebungen die Fortsetzung der Höllensteinumschläge notwendig, da ja nur hie und da ein Verband genügt, meist die Anlegung der „feuchten Kammer" zwei- bis siebenmal erforderlich ist. — Mit diesem fest und schmiegsam. Aber auch bei allen anderen Hautulzerationen ist die Methode angezeigt: eine Kontraindikation ergibt sich höchstens aus der

Lokalisation der Affektion, da z. B. in der Achselhöhle, in den Kruralfalten, am Schulterblatt usw. die Verklebung technische Schwierigkeiten bereitet. So wurden mit Erfolg Bubonen mit ausgedehnter Gewebszerstörung und torpidem Verlauf behandelt, gummöse Ulzerationen (zugleich spezifische Kur) und pyodermische Geschwüre; bei den letzteren ist wegen der virulenten Eitererreger den fünf bis zehn Tage lang fortzusetzenden Höllensteinumschlägen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Bei Röntgengeschwüren und Erfrierungen waren die Erfolge ungünstiger, offenbar weil diese Affektionen Schädigungen auch der tieferen Gefäße setzen. (Derm. Wschr. Nr. 44, 1924.)

Gonorrhoe — Novatropin.

Schindler hat vor Jahren darauf hingewiesen, daß das Aufsteigen der Gonorrhoe in die Posterior, Prostata und Epididymis durch die antiperistaltischen Bewegungen im Ductus deferens verursacht wird, und hat zur Ruhigstellung der glatten Muskulatur Atropin empfohlen („Ars Medici“ 1923, S. 20). Da das Atropin aber immerhin giftig ist und bei vielen Menschen bald unangenehme Sensationen erzeugt, wandte Heiner (Univ.-Hautklinik Szeged) das viel weniger giftige Novatropin (Chinoin-Werke, Wien-Budapest) in Dosen von zwei bis drei Tabletten täglich mit vorzüglichem Erfolge an. Es traten nie unangenehme Nebenwirkungen auf. Bei 226 Patienten, die schon eine Urethritis posterior hatten, trat nur bei 4% Epididymitis auf, während sonst von allen Gonorrhoekranken überhaupt 10 bis 12% Nebenhodenentzündung bekommen. Als angenehme Nebenwirkung berichteten die Patienten über das Ausbleiben der nächtlichen Erektionen, so daß das früher verordnete Luminal weggelassen werden konnte. (D. m. W. Nr. 40, 1924.)

Targesin und Reargon.

Die Herstellung zweier neuer kolloidaler Silberpräparate für die Gonorrhoetherapie hat in der letzten Zeit Aufsehen erregt und scheint tatsächlich einen Fortschritt auf diesem Gebiete darzustellen. Das „Targesin“ (Goedecke & Co. Berlin N 4) ist im großen und ganzen eine kolloidale Tannin-Silbereiweißverbindung, das „Reargon“ (Firma Kahlbaum, Berlin-Adlershof) eine kolloidale Glykosid-Silbereiweißverbindung mit Gerbstoffwirkung. Langer und Peiser (Derm. Abtlg. d. Rud. Virchow-Krankenhaus Berlin) prüften beide Medikamente pharmakologisch, tierexperimentell und klinisch. Beiden gemeinsam ist die starke Braunfärbung, die sich allerdings leicht mit Natriumthiosulfat aus der Wäsche entfernen läßt. — Das Reargon wird in 5%iger Lösung in die vordere Harnröhre injiziert. Die Verfasser finden die ursprüngliche Vorschrift der stündlichen Einspritzung zu stark und lassen dreimal täglich von der 5%igen Lösung eine Injektion machen und fünf Minuten lang halten. Auch raten sie, überhaupt statt der schematischen 5%igen Injektion individuell die notwendige Konzentration zu verschreiben. Die Lösungen müssen aber frisch bereitet werden und bleiben nur zwei bis drei Tage wirksam. — Daneben werden Janetsche Spülungen der vorderen Harnröhre vorgenommen. Die gute Wirkung der Einspritzungen in die Anterior bei Erkrankung der Posterior konnte nicht bestätigt werden. Bei Posteriorerkrankung wurden Durchspülungen mit 0.05% Reargon gemacht und gut vertragen. Bei Reargon kamen immerhin noch hie und da stärkere Reizungen vor. Noch milder wirkte das Targesin, dessen Lösungen übrigens auch haltbarer sind. Das Targesin wird in 2 bis 5%iger Lösung zur Injektion in die vordere Harnröhre verwendet, zu Janetspülungen in 1%iger Lösung. — Die beiden Verfahren hatte Verfasser beim Ulcus cruris sehr gute Erfolge; in durchschnittlich drei bis fünf Wochen erfolgte die Heilung, und die Narben waren

Mittel stellen für die akute Gonorrhoe tatsächlich einen großen Fortschritt dar; bei der Behandlung der nicht akuten Fälle reihen sie sich gleichwertig den bisher bekannten Silberpräparaten an. In geeigneten Fällen ist der Versuch einer Abortivbehandlung mit Targesin oder Reargon wohl anzuraten. Eine Erklärung der günstigen Wirkung der beiden kolloidalen Präparate fanden die Verfasser bei der endoskopischen Beobachtung. Man sieht nach der Injektion von Targesin oder Reargon im Endoskop noch nach Stunden reichliche Überreste des Präparates in der Harnröhre liegen und aus den urethralen Drüsen hängen die Präparatreste in langen Fäden heraus, die sich leicht ausdrücken lassen; die Drüsenausgänge sind wie mit dem Medikament tamponiert. Daraus erklärt sich wohl die Tatsache, daß bei rechtzeitiger Anwendung dieser Medikamente ein Übergreifen der Erkrankung auf die Posterior tatsächlich öfter verhindert wird als mit unseren bisherigen Injektionsmitteln. (D. m. W. Nr. 42, 1924.)

Augenheilkunde.

Intraokulare Tumoren

Zysten des Pigmentblattes der Regenbogenhaut (Irisrückfläche) werden nach W. Gilbert (Hamburg) nicht selten für Sarkom gehalten, da sie meist wie solide Pigmenttumoren aussehen, und wird das Auge unnötig enukleiert. Unter Verdrängungssymptomen im Gebiete der vorderen Kammer entwickelt sich langsam in der hinteren Kammer eine dunkle Geschwulst, welche die Iris vordrängt, ohne jedoch ihre Struktur zu ändern, solange Drucksteigerung fehlt. Manchmal wird der Tumor erst nach Pupillenerweiterung sichtbar. Hingegen breiten sich Irissarkome in der Regenbogenhaut und deren vorderen Kammer aus, verändern daher unmittelbar die Irisstruktur, führen zu umschriebener Stauungsinjektion der vorderen Uvea (bei Zyste Auge äußerlich reizlos), zu Vorwölbung, Ektasie des Bulbus, Pigmentbildung an den Emissarien und Schmerzhaftigkeit bei Betastung. Zitterbewegungen der Geschwulst sprechen mit großer Wahrscheinlichkeit für ihre zystische Natur.

Aderhautsarkome werden häufig verkannt, weil ihre Symptome zunächst auf andere Krankheiten bezogen werden.

Nekrotische Vorgänge im Aderhautsarkom rufen schwere Entzündungen der vorderen Uvea hervor. Eine spontane Uveitis, die im höheren Alter auftritt und dauernd einseitig bleibt, ist stets höchst sarkomverdächtig. Das Sa. kann auch anfangs unter dem Bilde einer schwappenden Netzhautablösung oder eines Glaukoms in Erscheinung treten. Ein diagnostischer Fortschritt ist die Punktion der verdächtigen Netzhautablösung mit der Pravazspritze und das Ansaugen einer geringen Menge des subretinalen Exsudates mit zytologischer Untersuchung der zentrifugierten und geronnenen Flüssigkeit (Meiner). Handelt es sich um das allein noch sehtüchtige Auge, so ist die Strahlentherapie gerechtfertigt, die manchmal zu Besserung führt. Ebenso ein vorsichtiger Versuch mit Tumorzidin.

Die Möglichkeit des Entstehens eines Irissarkoms aus angeborenen Pigmentflecken ist nicht von der Hand zu weisen. Auch hereditäre Einflüsse sind unverkennbar, namentlich beim Netzhautgliom (Gliomfamilien). (Jahresk. f. ä. Fortb. XI, 1924.)

Die Suprareninbehandlung des Glaukoms.

Wiederholt wurde versucht, das Suprarenin in die Therapie des Glaukoms einzuführen. Kürzlich empfahl Hamburger (Augenklinik Luzern) sehr enthusiastisch das Verfahren. Nach ihm ruft die subkonjunktivale Injektion von Suprarenin (1:1000) in Gaben bis zu 0.5 cm³ nach drei bis vier Minuten eine mehrere Stunden dauernde Mydriasis hervor. Bei

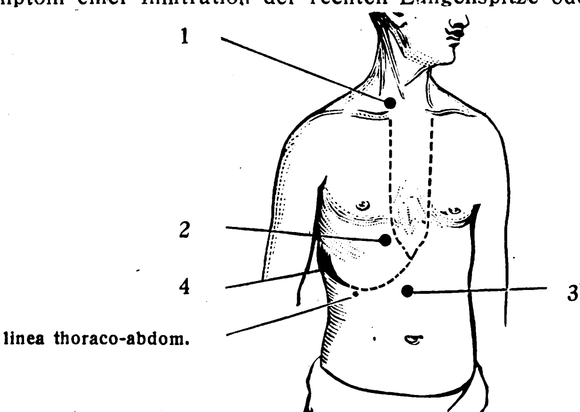
Iritis zerreissen Synechien, die für die gewöhnlichen Mydriatika zu fest waren. „Der druckherabsetzende Erfolg beim chronischen Glaukom ist enorm.“ Wenn die druckherabsetzende Wirkung versagt, so wirkt nachher das Eserin um so intensiver. Das Suprarenin ist für das Auge ungefährlich. Die Injektion kann in angemessenen Zeiträumen wiederholt werden; während fünfviertel Jahre gab Hamburger einem Patienten 20 Suprarenininjektionen. Wenn Miotika genügen, braucht man nichts anderes; genügen sie nicht, so injiziere man Suprarenin und beginne wenige Stunden später energisch zu eserinisieren. Nur wenn auch dann kein Erfolg eintritt, sollte operiert werden.

Rentz (Univ.-Augenklinik, Charité, Berlin) prüfte die Suprareninbehandlung an 40 Glaukomkranken nach und bestätigte ihre Erfolge nur zum Teil. Das Suprarenin kann in der Tat bei frischer Iritis Synechien sprengen, gibt aber in anderen Fällen Anlaß zur Entstehung von Synechien. Die druckherabsetzende Wirkung ist individuell verschieden. Ja, zuweilen erzeugt Suprarenin Drucksteigerung und veranlaßt geradezu einen Glaukomanfall; diese Erscheinung, die bei Miotizis nie vorkommt, setzt den Wert des Suprarenins erheblich herab. Bei Wiederholung der Suprarenininjektionen schwächt sich deren Wirkung ab. Ferner wurden Allgemeinschädigungen gesehen, indem manche Patienten über Herzklopfen und Schwindel klagten, ja ein Kollaps vorkam. Verfasser rät daher: Beim Glaucoma simplex und chronicum braucht man, wenn Miotika ausreichen, nichts anderes; wenn sie versagen, soll man einen Versuch mit Suprarenin machen. Bleibt eine genügende Wirkung aus, dann muß zur Operation geschritten werden. Beim Glaucoma acutum ist das Suprarenin kontraindiziert. Für die nicht entzündlichen Formen des Sekundärglaukoms gilt dasselbe wie für das Glaucoma simplex und chronicum. Bei den entzündlichen Formen, besonders der frischen Iritis glaucomatosa, ist auf alle Fälle ein Versuch mit Suprarenin zu machen. (Klin. Monatbl. f. Augenh. Bd. 73. September—Oktober 1924.)

Diagnose.

Irradiierende Schmerzen und Druckpunkte als Frühzeichen der Lungentbc.

Aus der Univ.-Klinik Neapel beschreibt Z. F. Fanelli als Frühsymptom einer Infiltration der rechten Lungenspitze oder einer r. apikalen



1, 2, 3, oberer, mittlerer, unterer Druckpunkt, 4 schmerzhafte Zone.

Pleuritis eine Zone spontaner Schmerzen seitlich in der Gegend der Linea thoraco-abdominalis, zwischen der L. axillaris anterior und posterior. Die Schmerzen sind konstant, manchmal mehr oder weniger fühlbar, nehmen auf Druck zu und zeigen keine Irradiation. Gleichzeitig findet man häufig deutliche Druckpunkte, namentlich oberhalb des sternalen Endes des Schlüsselbeins zwischen den Insertionen des Kopfnickers (1), ferner den „bouton diaphagmatique“ nach Mussy (2) und einen dritten drei bis vier Querfinger r. unterhalb des Schwertfortsatzes. Alle diese Schmerzphänomene sind ausgelöst durch Irritation des r. Nervus phrenicus durch einen anliegenden kleinen Infiltrationsherd in der r. Spitze. Der anatomisch verschiedene Verlauf des linken Phrenikus erklärt, daß obige Schmerzzone links niemals beobachtet wurde. (W. m. W. Nr. 37, 1924.)

Lungenanthrakose und Röntgen.

Küchemann (Bochum) weist auf die Schwierigkeit der röntgenologischen Beurteilung des Lungenhilus bei der Bevölkerung von Kohlen- und Bergwerkrevieren hin. Infiltrationen, wallnußgroße Herde und Schatten oder diffuse wolkige Trübung in den einzelnen Lungenlappen können sich bei genauerer Analyse als durch Anthrakose bedingt erweisen. Ein typisches Röntgenbild der Lungenanthrakose gibt es nicht. Stärkere, zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber Tbc. führende Veränderungen des Hilus bei Anthrakose sind häufig, tumorartige Formen selten. Die hie und da geäußerte Ansicht, daß Sättigung der Luft mit Kohlenstaub auf Lungentbc. einen heilenden Einfluß ausübe, kann nicht bestätigt werden. (Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 32, H. 1/2, 1924.).

Aus der Praxis.

(Originalarbeiten.)

Unter welchen Bedingungen dürfen entzündliche Adnextumoren operiert werden?

Von Prof. Dr. C. **Bucura**, Wien.

In dieser Fragestellung sind diejenigen Operationen, die wegen Lebensbedrohung ausgeführt werden müssen, nicht inbegriffen; sie sind im allgemeinen nicht häufig und betreffen meist eine chirurgische Entleerung von Eiteransammlungen, die in die freie Bauchhöhle durchzubrechen oder anderweitige gefährliche Ausbreitungswege einzuschlagen drohen.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß, so sehr es richtig und heute fast allgemein anerkannt ist, daß man Eileiter- und Eierstockentzündungen nicht durch Operation, sondern durch die entsprechenden konservativen und organerhaltenden Methoden zu heilen hat, es immer noch Fälle geben wird, deren Heilung nicht anders als durch eine Operation zu erreichen ist. Auch die Langwierigkeit der Krankheit und die schwere Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit stellen uns manchmal auch heute noch vor die Frage, ob bei oft rezidivierenden chronischen Adnexerkrankungen nicht zur Erzielung einer rascheren Heilung die Operation auszuführen wäre.

Die Anzeige zur Operation wird stets im Einzelfalle zu prüfen und zu entscheiden sein und eigentlich nur von den Beschwerden, bzw. von der Erfolglosigkeit einer richtigen konservativen Behandlung abhängen. Die Gründe, warum die früher viel geübte Operation „entzündlicher Adnextumoren“ immer mehr verlassen wurde, sind — abgesehen von der jetzigen besseren Heilbarkeit durch unblutige Behandlungsmethoden — die schlech-

ten Operationsresultate infolge hoher primärer Sterblichkeit, infolge vieler postoperativer Komplikationen in Form von langwierigen Exsudaten und Eiterungen und außerdem die meist ganz junge Individuen betreffende so häufige Verstümmelung durch Kastration, bzw. durch Entfernung des ganzen Genitales. — Alle üblen Zufälle und Komplikationen nach diesen Operationen, ebenso die Notwendigkeit der weitgehenden Entfernung der inneren Genitalorgane, haben dieselbe Ursache, und zwar die Tatsache, daß man hier fast stets gezwungen war, in noch infiziertem Gewebe zu operieren, wodurch man notgedrungen die Organe radikalst entfernen oder aber infektiöses Gewebe, mit oder ohne Absicht, zurücklassen mußte. Nun ist es aber, wie uns die Erfahrung der letzten Zeit immer mehr gelehrt hat und noch lehrt, möglich, sowohl jede entzündliche Erkrankung wirklich auszuheilen, ohne daß aktive Keime zurückbleiben, als auch sich von dieser erfolgten tatsächlichen Heilung mit Sicherheit zu überzeugen. — Trotz sicherer Heilungsmöglichkeit wird die gelegentliche Operationsnotwendigkeit „entzündlicher Adnexe" niemals gänzlich schwinden. Denn auch nach Ausheilung der eigentlichen Entzündung wird es in manchen Fällen Symptome geben, die ein operatives Eingreifen nötig machen: so Adhäsionen, schwere Lageveränderungen u. dgl. mehr. Bei sicher ausgeheilter Entzündung aber gestaltet sich die noch nötige Operation viel lebenssicherer, komplikationsloser und viel weniger radikal, da wir in gesundem, nicht mehr infektiösem Gewebe operieren. Wir werden also meist mit einfachen Eingriffen, wie Lösung von Adhäsionen, Lagekorrektur von Einzelorganen, höchstens Entfernung von einem Eierstock oder Eileiter unser Auslangen finden; es wird der Frau in den allermeisten Fällen der größte Teil des Genitales erhalten bleiben können, fast immer die Menstruation, sehr häufig auch die Konzeptionsfähigkeit.

Die Bedingung, die demnach heutzutage erfüllt sein muß, um einen entzündlichen Adnextumor operativ angehen zu dürfen, ist die r e s t l o s e A u s h e i l u n g d e r I n f e k t i o n. Dies erreichen wir durch die mannigfachen modernen konservativen Behandlungsmethoden; vor allem durch die Vakzine, die ja die einzige wirklich kausale und spezifische Therapie darstellt, am besten in Kombination mit den übrigen Behandlungsmethoden (Diathermie, Heißluft usw.), die die Vakzinetherapie wesentlich unterstützen und wirksamer gestalten. Da die meisten entzündlichen Adnextumoren entweder durch Gonokokken oder Streptokokken, Staphylokokken, eventuell Kolibazillen verursacht sind, so geben wir eine Vakzine, die aus einer Mischung all dieser Keime zusammengesetzt ist. Auf die Technik dieser Behandlung kann hier nicht eingegangen werden, wir haben sie wiederholt erörtert (vgl. „Die Vakzinetherapie in der Gynäkologie", Arch. f. Gyn. Bd. 119, H. 9 und „Ars Medici" 1924, S. 493). Macht man sich so zur Regel, jeden entzündlichen Adnextumor vor der Operation derart zu behandeln, so wird man erstens und vor allem noch eine ganze Reihe von Fällen, die schon zur Operation bestimmt waren, ohne Operation zur Ausheilung und Beschwerdefreiheit bringen, dann aber, falls es doch noch zur Operation kommt, viel lebens- und erfolgsicherer und konservativer operieren.

Nicht jeder Fall muß vor der Operation dieser immerhin zeitraubenden und langwierigen Behandlung unterzogen werden; es kommen ja auch Fälle zur Operation, wo die „aktive" Infektion, die „Entzündung" tatsächlich schon erloschen, ausgeheilt ist. Hier braucht man sich bloß von der wirklich erfolgten Ausheilung zu überzeugen. Zu diesem Zwecke genügt eine Probeinjektion mit einer mittelstarken Dosis der oben erwähnten Mischvakzine; reagiert der Fall auf diese Injektion nicht, so gibt man in zwei bis drei Tagen die doppelte Dosis. Bleibt auch diese Probe reaktions-

los und fällt die Blutsenkungsprobe, die sich uns für die Beantwortung der Frage, ob eine aktive Entzündung besteht, glänzend bewährt hat, negativ aus, so kann man mit der größten Wahrscheinlichkeit, ja fast mit Sicherheit annehmen, daß jede Gefahr eines Fortschreitens der Infektion nach der Operation ausgeschaltet ist, daß also der spezielle Fall mit denselben Chancen wie ein aseptischer operiert werden kann.

Hält man sich an diese Bedingungen der Behandlung der operativen entzündlichen Adnexerkrankungen, so werden nicht nur die Resultate nach diesen Eingriffen viel bessere, sondern die Operationen selbst viel seltener und was sehr wichtig ist, viel weniger eingreifend, da man in nur ganz wenigen Ausnahmsfällen gezwungen sein wird, einen größeren Teil des inneren Genitales zu opfern.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.[1]

Fragen:

1. Arzt, 60 Jahre, rüstig; seit Jahren öfters Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und leichte Ermüdbarkeit des Gehirns. Bei Vorfahren keine Schlaganfälle. Keine Lues. Alkohol sehr mäßig, Tabak fast gar nicht. Vor sechs Wochen nach Bücken plötzlich vollständiges Ausfallen der linken Hälfte des Gesichtsfeldes, also Lähmung des linken Optikus in seinem Ursprungsgebiete. Sonst keine Ausfallserscheinungen. Lesen ist unmöglich, Schreiben erschwert. Kann leichte Praxis, wenn auch schwer, noch ausüben. Als Internist denkt man an Blutung oder Embolie. Ein pathologischer Anatom ist der Meinung, daß sich bei dem Bücken in der Gegend des Ursprungs des Optikus etwas Hirngries (Acervulus) festgepreßt habe, der die Lähmung hervorrufe. Der Fall ist sehr selten, aber für den Betroffenen sehr hart wegen der Unfähigkeit des Lesens. Handelt es sich nun um Blutung oder um Hirngries? Prognose? Therapie? Jod, Diuretin, Ruhe und Hg-Salbe brachten bisher keinen Erfolg

Dr. C. in A.

2. Herr, 59 Jahre, nie Gonorrhoe, seit sieben Jahren Beschwerden bei der Harnentleerung infolge Prostata-Hypertrophie. Vor vier Jahre Katheter durch Facharzt zur Feststellung des Resturins. Seitdem Blasenkatarrh, zuweilen mit schleimigem und eitrigem Bodensatz. Bei öfterer Urinentleerung ist diese zur Zeit ohne Beschwerden. Etwa 50 Blasenspülungen mit Ag-Salzen brachten nur vorübergehend Besserung des Katarrhs und werden wegen großer Nachschmerzen abgelehnt. Salol, Urotropin und seine Abkömmlinge, Tees ohne Einfluß, Operation abgelehnt. Welche interne Mittel kämen eventuell noch in Betracht? Ol. Santali verursacht Hämaturie. Dr. C. in A.

3. Was ist von Friedmanns Tuberkuloseimpfmittel zu halten? Dasselbe wird jetzt hier in Belgrad erzeugt und angepriesen.

Dr. J. K. in C.

4. Meine Schwiegermutter, 53 Jahre alt, leidet an zusammenziehendem Brennen und großen Schmerzen im Innern des Mundes und an der Zunge. Die Schmerzen werden wie Nadelstiche empfunden.

---

[1] Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Raummangels werden nur die Anfragen von allgemeinem Interesse veröffentlicht. Behufs etwaiger brieflicher Beantwortung ersuchen wir daher um Beifügung von Rückporto.

Zahnfleisch entzündet, die Schleimhaut atrophiert. Bei Kälte ein Gefühl der Steifheit im Kiefer und im Gesicht. Alkoholinjektionen, Arsen, Jod und Glanduovin ohne Erfolg. Die Patientin leidet außerdem an Raynaudscher Krankheit und ist stark abgemagert. Dr. E. B. in C.

5. Wie sind die Ansichten über die Bakteriophagen des französischen Forschers d'Herelle? Ich glaube gelesen zu haben, daß seine Annahme auf einem Irrtum beruhe. Dr. A. V. in O.

6. Haben die Hauskatzen Parasiten und welche Arten? Insbesondere solche, die auf den Menschen bei naher Berührung übergehen können, wie z. B. beim Spielen der Kinder mit den Katzen?
Dr. W. in B.

7. Was ist von der Behandlung der Phlebitis nach K. W. Fischer zu halten? Die Methode besteht darin, einen gut sitzenden Kompressionsverband anzulegen und den Patienten herumgehen zu lassen, also ein Bruch mit der herkömmlichen Ruhigstellung und Hochlagerung. Ich kenne eine Universitäts-Frauenklinik, an welcher das Verfahren mit Erfolg angewandt wird. Dr. W. E. in K.

8. Ich besitze einen Heryngschen Inhalationsapparat, der schadhaft geworden ist. Wo bekomme ich Ersatzteile? Zuschriften an die Firma in Berlin, Potsdamerstraße 10, blieben unbeantwortet
Dr. F. B. in P.

9. Wer kennt die Adresse des gewesenen Armeesanitätschef Generalstabarzt Dr. Toman? Dr. S. in L.

10. 34jähriges Fräulein wurde von einem Hund in den rechten Unterschenkel gebissen. Kleine, ganz oberflächliche Wunde. Nach drei Tagen Beginn der Pasteurschen Impfung. Nach Abschluß der ersten Phase der Behandlung wird Patientin vom Pasteurschen Institut nach Hause geschickt mit der Weisung, sich nach drei bis vier Wochen wieder zur Behandlung einzufinden. Zwei Tage nach Ankunft zu Hause Fieber (38°), Benommenheit, häufiges Gähnen, Lähmung der linken oberen und unteren Extremität, Urinverhaltung, sehr mühsames, erschwertes Sprechen. Herz und Lunge normal, Harn normal, Abdomen ohne besonderen Befund. Sensibilität (so weit bei Benommenheit prüfbar) nicht gestört. Am nächsten Tage Lähmung auch der rechten Extremitäten, Reflexe gesteigert, äußerst mühsame Atmung. Tod 48 Stunden nach Beginn der Erkrankung. — Handelt es sich um Lyssa oder um postvakzinale Paraplegie?
Dr. F. Z. in J.

11. Warum gilt Antipyrin als Herzgift und was für Schädigungen wurden bei Gebrauch desselben beobachtet? Dr. O. L. in M.

12. In letzter Zeit wurde wiederholt bei Gallensteinleiden Choleval venös empfohlen („Ars Medici" 1924, S. 483). Sind diese Injektionen während des Anfalles oder in der anfallsfreien Zeit zu machen? Wie oft können sie wiederholt werden? Dr. W. S. in G.

13. Bei welchen Hautkrankheiten empfiehlt sich Blaulicht und bei welchen Rotlicht? Dr. N. in H.

14. Ein 50jähriger Patient leidet seit einigen Jahren regelmäßig im Winter (Beginn im Herbst, Ende im Frühling) an einem Hautausschlag auf beiden Handrücken, bestehend aus markstückgroßen Flecken mit kleinen Erhebungen. Kein Jucken. Lebensweise im Winter und Sommer gleich. Handschuhe sind auch nicht als Ursache anzunehmen. Vielfache Salbenbehandlung, auch von bekannten Fachärzten, bisher erfolglos. Was kann es sein? Kommt Röntgenbehandlung in Frage? Dr. O. in O.

15. Habe irgendwo gelesen, daß gegen habituellen Abortus oder Partus praematurus Kalium chloratum innerlich angeraten wurde, und zwar in den ersten sechs Monaten der Schwangerschaft zu 0.21 g pro die,

in den letzten drei Monaten zu 0.14 g. Hat jemand Erfahrungen darüber? Habe eine Patientin, welche in den letzten fünf Jahren viermal Abortus, bzw. Frühgeburt mitgemacht hat. Die Frau ist intern und gynäkologisch vollkommen gesund, WaR negativ, auch sonst keine Anhaltspunkte für Lues. Während der letzten Schwangerschaft ist sie sogar sechs Monate im Bett geblieben; trotzdem kam es zu einer Frühgeburt. Ursache? Therapie? Dr. J. G. in T.

16. Wie kann ich einen trüben Harn, der sich beim Filtrieren nicht klärt, behufs Untersuchung im Polarisations-Sacharimeter durchsichtig machen, ohne die Reaktion zu stören? D. J. E. in W.

17. In den letzten Jahren häufen sich in meiner Praxis die Fälle von schmerzhaften Parästhesien meist im Bereich des Nervus radialis. Sind diese als einfach „rheumatisch" aufzufassen? Ich sah sie häufig nach ganz leichten Grippen auftreten; sie sind oft, besonders nachts und morgens, höchst quälend und bedingen unter Umständen zeitweilige Berufsstörung. Besonders der Daumen, Zeige- und Mittelfinger sind im Anfall kalt, blaß, gefühllos, „tot" und können zu keinerlei Hantierung verwendet werden; die Kranken können nicht schreiben, nähen oder zuknöpfen und lassen Gegenstände aus der Hand fallen. Naßkaltes Wetter scheint die Entstehung des Leidens zu begünstigen, doch sah ich auch im Hochsommer einzelne sehr schwere und hartnäckige Fälle von wochen- bis monatelanger Dauer und Schlaflosigkeit, Ernährungsstörung und Verstimmung. Aspirin u. dgl. nützt kaum etwas; am ehesten war Ruhe, Wärme und Heißluft von Erfolg begleitet. In zwei Fällen schien eine monatelang fortgesetzte Trinkkur mit Radiumwasser günstig zu wirken (post hoc?).

Dr. J. E. in W.

18. Ein Neurastheniker verlangt von mir Verschreibung von „Pellotin" und „Mescalin" behufs Erzeugung einer Euphorie, wenn er an schwerer Verstimmung leidet. Woraus bestehen die Mittel, wo sind sie zu beziehen? Ist ihre Anwendung gefahrlos? Dr. J. E. in W.

19. Ein Internist hat einem Tuberkulösen intravenöse Injektionen von „Triphal" verordnet. Was für ein Mittel ist das?

Dr. D. in R.

20. In einem polnischen Kurort behandelt ein Kollege Arteriosklerose mit subkutanen Injektionen einer von einem griechischen Arzt erfundenen Vakzine. Weiß jemand Näheres über die Vakzine?

Dr. D. in R.

21. Eine an Gallensteinen leidende Frau hat mir erzählt, ein homöopathischer Arzt in Warschau habe ihr dreierlei Tropfen verordnet, welche sie alle zwei Stunden abwechselnd zu je fünf Tropfen nahm, wonach in zwei Tagen 36 kleine Gallensteine im Stuhl vorgefunden wurden. Die Patientin hat mir die 36 Gallensteine gezeigt. Das homöopathische Rezept lautete: 1. Cardus marian. 2 d. — 2. Berberis 3 d. — 3. Chelidonium 6 d. dil. 15.0. — Was für eine Bewandtnis hat es mit diesen Mitteln?

Dr. W. in J.

22. 16jähriges, kräftiges Mädchen erkrankt plötzlich mit heftigem Kopfschmerz; 24 Stunden später Bewußtlosigkeit. Da die Untersuchung Koma, Pupillenstarre, Kernig, kahnförmiges Abdomen usw. ergibt, wird die Diagnose auf Meningitis cerebrospinalis epidem. gestellt. Tod nach zwei Tagen ununterbrochenen Komas. Ein bakteriologisches Laboratorium lieferte folgenden Liquorbefund: „Liquor stark getrübt, reichliches Sediment. Im Sedimente reichliche Leukozyten, darunter viele Lymphozyten. Weder Meningokokken noch Tuberkelbazillen auffindbar. Kulturverfahren ergibt sterilen Liquor." — Wie ist dieser Befund zu deuten? Spricht er gegen die Diagnose „epidemische Meningitis"? Dr. F. Z. in J.

23. Habe seit vier Jahren einen schon zehn Jahre lang mit plötzlichen, äußerst schmerzhaften, zwei- bis dreiwöchigen Gelenkschwellungen an den unteren Extremitäten behafteten Patienten in Behandlung. Derselbe hat die ganze antirheumatische Medikamentenskala und mehrfache acht- bis zwölfwöchige Badekuren in Thermalbädern ohne jeglichen Erfolg durchgemacht. Nur kalte Packungen führen Linderung und schließlich vollkommenes Nachlassen ohne jeglichen Schwellungsrückstand, ohne Druckschmerzreste und ohne jede Bewegungsbehinderung herbei. Um was handelt es sich? Bisher ist noch keine Diagnose gestellt worden. Die Badeärzte schütteln den Kopf über diese Erscheinung.

Dr. P. R. in N.

24. Wer weiß Näheres vom Klein-Röntgen-Apparat „Medapp"? Wo ist er zu erhalten? Hat er sich bewährt? Dr. Z. in B.

25. Gibt es ein ungefährliches Kochsalzsurrogat für Nephritiker? Dr. J. L. in R.

26. Welche Behandlung empfiehlt sich bei Molluscum contagiosum? Dr. J. L. in R.

27. Hodenhochstand bei 3½jährigem Knaben, der systematisch seit über einem Jahre durch tägliche Dehnung und Herabziehung behandelt wird, zeigt keine Änderung. Speziell in der Kälte ist der rechte (etwas kleinere) Hoden in der Bauchhöhle, manchmal auch der linke. Beide sind durch die obige Prozedur meist leicht wieder ins Skrotum herabzuholen. Was ist zu tun? Welches Alter ist für eventuelle blutige Fixierung das beste, bevor der Hoden atrophisch wird? Vor zwei Jahren wurde bei dem Knaben Paraphimose unblutig gedehnt. Dr. N. in A.

28. 38jähriger Landwirtschaftsarbeiter, chronisch-intermittierender Hydrops beider Kniegelenke. Bisher Punktionen plus Heißluftbehandlung plus Kompression plus Kniegummitrikotstrümpfe erfolglos. Haben intravenöse Atophanyl-Injektionen oder lokale Jodoform-, Glyzerin- oder Karbolsäure-Injektionen einen Zweck? Wie kann man das Auftreten eines beiderseitigen Schlottergelenkes verhüten? Dr. W. in A.

29. Patientin aus gesunder Familie, 15 Jahre verheiratet, Mutter mehrerer gesunder, intelligenter Kinder, hatte vor Jahren eine Eifersuchtsszene mit ihrem Manne auf Grund falscher Anschuldigungen seitens einer Dienstmagd. Die Frau beruhigte sich auf mein Zureden, und es schien wieder alles in Ordnung. Im Verlaufe des letzten halben Jahres treten nun ohne jede Veranlassung Eifersuchtsanwandlungen auf, die dem Manne und den Kindern das Leben zur Hölle machen und die Patientin schwer herunterkommen lassen. Übrigens hat Patientin, ebenso wie ihre Mutter, auf einem Auge eine Mydriasis, die anscheinend angeboren ist und durch Eserin nicht aufgehoben wird. Die Mutter der Patientin soll auch an „fixen Ideen" leiden, jedoch harmloser Natur. Lues wird negiert. Wie ist die Diagnose? Therapie? Eisen-Arsen, Mastkur, hydrotherapeutische Maßnahmen, psychische Beeinflussung diesmal ohne Erfolg. Der völlig unschuldige, fleißige Mann steht vor der Verzweiflung. Die Frau selbst leidet sehr unter den Eifersuchtsszenen, die jedesmal in Erscheinung treten, sobald sie die Person der vermeintlichen Geliebten ihres Gatten (eine verheiratete Frau desselben Dorfes) sieht oder nur deren Namen hört. Im Hauswesen stellt die Frau als Hausmutter, Köchin und sparsame Wirtschafterin voll ihren Mann. Dr. E. H. in Z.

30. Kann nach Verletzung des N. recurrens bei Strumektomie das gelähmte Stimmband wieder wenigstens teilweise funktionsfähig werden und welche therapeutische Maßnahmen sind zu empfehlen? Hat sich die Paraffininjektion des Stimmbandes bewährt? Dr. I. S. in C.

31. Zwölfjähriges Mädchen, Beamtenskind, leidet an Peritonitis tbc. — Sonst keine andere tuberkulösen Erscheinungen. Welche Therapie wäre die geeignetste mit Rücksicht auf die materiellen Verhältnisse, welche nur mäßige Ausgaben erlauben? Dr. E. M. in V.

Antworten:

Die Kreosotbehandlung des Bauchtyphus, die in der „Ars Medici" (1924, S. 393 und 559) empfohlen wurde, habe ich seitdem bei 50 Typhuskranken meines Spitales und zahlreichen Fällen meiner Privatpraxis angewandt. Die Mortalität bei der hiesigen Epidemie sank darauf von 25% auf fast Null. Auf einer anderen Abteilung desselben Spitales, wo unter einem anderen Arzte die Kreosotbehandlung nicht geübt wurde, blieb die Mortalität in derselben Zeit so hoch wie früher. Abgesehen von der Verringerung der Mortalität lindert die Kreosotbehandlung auch in auffallender Weise die Qualen und die Benommenheit der Kranken und kann daher dem Praktiker wärmstens empfohlen werden. — Ich habe immer Kreosotal in Kombination mit Eukalyptol gegeben, genau wie es in dem erwähnten Aufsatze in der „Ars Medici" beschrieben ist. Kindern muß man natürlich dem Alter entsprechend niedrigere Dosen geben. Auch von empfindlichen Kranken mit anhaltendem Erbrechen usw. wurde das Mittel gut vertragen. Nierenschädigung wurde nie beobachtet.

Dr. R. **Teodosijevich,** Valjevo (Serbien).

Ad 211. Krebsdisposition. Ein alter Bauer meiner Klientel litt an Mastdarmkarzinom. Bald darauf erkrankte sein Sohn an Speiseröhrenkrebs; wiederum nach kurzer Zeit erschien sein Schwiegersohn mit Leberkarzinom. Alle drei lebten in gemeinsamer Haushaltung, die sehr unreinlich war. Solche Beobachtungen scheinen doch auf eine infektiöse Natur des Krebses hinzuweisen. Dr. J. **Kramer,** Asbach.

Ad 241. Lourdes. Von Dr. E. Kapelusch ist („Ars Medici" 1924, S. 560) folgendes Werk nicht genannt worden: Dr. Boissarie, „Die großen Heilungen von Lourdes", Verlag van Acken, Lingen a. d. Ems. Es ist lesenswert. Dr. H. **Balzli,** Ascona (Schweiz).

Ad 268. Postdysenterische Geschwüre. Ob diese Diagnose im vorliegenden Falle stimmt, erscheint fraglich. Der Patient machte 1914 Ruhr und 1915 Typhus durch, die geschilderten Beschwerden begannen aber erst 1918. Es handelt sich also wahrscheinlich um eine Colitis ulcerosa non specifica. Gegen solche Fälle empfahl Stepp große Dosen Salzsäure, unter denen er die Krankheit heilen sah.

Dr. J. **Bamberger,** Kissingen.

Ad 269. Nachschlagewerk über chemisch-physiologische Reaktionen und Untersuchungsmethoden. Soeben erschien von R. Weiss „Die schnellsten und einfachsten qualitativen und quantitativen Untersuchungsmethoden zur klinischen Diagnostik speziell des Harnes, Blutes, Magensaftes und Stuhles", III. Auflage, Verlag H. Kornfeld, Berlin 1924. Preis: Mark 4.50.

Medizin.-literarische Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 270. Essentieller hereditärer Tremor. In manchen Familien stellt Zittern ein erbliches Leiden bei sonst vollkommen gesunden Personen dar, welches oft schon in jungen Jahren den Anfang nimmt. Verhältnismäßig oft haben Militärärzte Gelegenheit, das Leiden zu beobachten. Dieser essentielle Tremor hat stets den Charakter des Intentionstremors, tritt somit bei Bewegungen in Fingern und Händen auf und verschwindet bei Ruhe. Das Zittern gleicht nicht dem Tremor bei multipler Sklerose, das einen ganz eigenartigen Charakter hat, sondern vielmehr den toxischen Tremores. Immerhin muß in derartigen Fällen durch Augenhintergrunduntersuchung, Beachtung eventueller Sprachstörungen und vorgekommener

apoplektiformer Anfälle eine multiple Sklerose mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Das erbliche Zittern verbleibt gewöhnlich das ganze Leben hindurch. In allen Fällen besteht Neigung zu Verschlimmerung. Bei ruhiger Lebensweise und Vermeidung psychischer Insulte kann sich das Leiden vermindern, ja zeitweise ganz aufhören, um dann nach Einwirkung außergewöhnlicher Reize von neuem aufzutreten. Da beim erblichen Zittern eine Beseitigung der Ursache, wie diese beim symptomatischen Tremor mit Recht gefordert wird, unmöglich ist, so kommt nur der bei Tremor fast als Spezifikum von A. Eulenburg empfohlene Liquor Kalii arsenicosi in Betracht. — Daß man bei jüngeren Personen diejenigen Professionen, welche zu sogenannten koordinatorischen Beschäftigungsneurosen („Berufskrämpfen") besonders disponieren, ausschließen muß, ist wohl einleuchtend. Derartige Patienten eignen sich am meisten zu Aufsichtsorganen in Magazinen oder Fabriksanlagen, eventuell zur Briefpostbeförderung am Lande usw. Dr. E. **Kapelusch,** Wien.

Ad 275. Testis-Hypofunktion. Es handelt sich bei dem in Rede stehenden Patienten — auch wegen der angedeuteten Merkmale des Eunuchoidismus — sicher um eine Unterentwicklung der Geschlechtsdrüse; dieser Hypogenitalismus ließe sich durch Organsubstitutionstherapie mit großer Aussicht auf Erfolg paralysieren. — Wenn ein menschlicher Hoden zur Überpflanzung zur Verfügung stünde, so wäre der Versuch einer Transplantation sicher gerechtfertigt, denn obwohl mit einer dauernden Einheilung — von einem Fortbestand der Spermatogenese kann natürlich überhaupt keine Rede sein — nicht zu rechnen ist, vielmehr das Transplantat nach den bisherigen Erfahrungen sicher der vollkommenen Resorption verfällt, so ist doch eine nachhaltige Beeinflussung des gesamten inkretorischen Systems, in dem ein Glied nur unterentwickelt ist, nicht ausgeschlossen. Die Überpflanzung menschlichen Hodens ist der sogenannten Voronoffischen Methode sicher in jeder Hinsicht weit überlegen. Die von Voronoff zur Überpflanzung verwendeten Affenhoden werden natürlich um so sicherer und rascher resorbiert, als nicht einmal das arteigene Material einzuheilen imstande ist. — Ich würde aber zunächst vorschlagen, von einer Transplantation vorläufig vollkommen abzusehen, statt dessen eine Organsubstitution durch Injektion von Hodenextrakt oder orale Darreichung von Hodentrockensubstanz zu versuchen. Ich war gelegentlich der VI. Tagung der deutschen Gesellschaft für Urologie in Berlin (1. bis 4. Oktober 1924) in der Lage, über meine Versuche zu berichten, bei denen es mir gelungen war, an kastrierten Ratten den Ausfall der Hodenfunktion durch Verfütterung von Hodentrockensubstanz, die für mich von der Sanabo-A.-G. in Wien aus Stierhoden hergestellt wurde, fast vollkommen zu paralysieren. Die Größe der Samenblasen und der Prostata erreichten fast wieder die Größe wie bei nicht kastrierten Kontrolltieren, mikroskopisch war der Funktionszustand der Prostata mit der der Kontrolltiere beinahe identisch. Die Verfütterung von Hodentrockensubstanz habe ich erst nach einigen Mißerfolgen der Injektion von Hodenextrakt vorgezogen, dabei allerdings auch von dem Gedanken geleitet, daß die dauernde Zufuhr geringer Mengen der Hodensubstanz mit der Nahrung den physiologischen Verhältnissen mehr entsprechen dürfte als die schubweise parenterale Zufuhr eines artfremden Eiweißextraktes, der durch den Extraktionsvorgang auch von seiner ursprünglichen Konstitution sicherlich weiter entfernt ist, als die Trokensubstanz. — In der Anfrage ist kein Hinweis darauf, ob das Ejakulat Spermatozoen enthält. Sind keine Spermatozoen nachweisbar, so wird die Substitutionstherapie nach dieser Richtung keinen Erfolg zeitigen; bei vorhandener Spermatogenese könnte aber auch diese eine Steigerung erfahren. Dr. E. **Kornitzer,** Facharzt für Urologie, Wien.

Ad 277. Zeitschrift für Krankenkassenwesen usw. Die Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin (Verlag F. C. W. Vogel in Leipzig) behandelt weniger Krankenkassenversicherung als Unfallfragen. Die „Ärztliche Sachverständigen-Zeitung" (Verlag R. Schoetz, Berlin) behandelt Unfall-, Invaliden- und auch Krankenkassenversicherung, ferner gerichtliche Medizin. **Med.-literarische Zentralstelle,** Berlin W 15.

Ad 278. Guipsine von Dr. Leprince-Paris (Rue de la Tour 62) ist ein Präparat in Pillenform, das den Extrakt aus den Blättern der Mistel (Viscum album) enthält. Nach dem Prospekt aus dem Jahre 1910 wirkt der frische Extrakt auf die vasomotorischen Nerven, und zwar blutdruckherabsetzend, besonders in der Präsklerose, aber auch vorgeschrittene Fälle sollen sich bessern. Ein ziemlich großes Literaturverzeichnis führt sogar zwei alte Doktordissertationen aus dem Jahre 1747 und 1783 auf, die letztere aus Jena. Dr. J. **Bamberger,** Kissingen.

Ad 278. Guipsine-Leprince enthält die wirksame Substanz der Mistel. Der Ätherextrakt der jüngeren Zweige und Blätter, das schleimartige Viscin, war schon früher als Antispasmodikum, besonders als Antiepileptikum, im Gebrauche. — In Frankreich werden in neuester Zeit mehrere bei uns obsolete Pflanzenarzneimittel mit gutem Erfolge dem Arzneischatze einverleibt. Das Guipsine bewährte sich mir bei Dauerkopfschmerzen der Arteriosklerotiker, bei Tensionskopfschmerzen der Schrumpfniere und der reinen Hypertension. Die Pillen enthalten 0.05 der wirksamen Substanz. Die Tagesdosis beträt acht Pillen, verteilt vor den Mahlzeiten. Ich bin mit vier Pillen täglich bei meinen Patienten gut ausgekommen.
Dr. **Egyed,** Oberstabsarzt a. D., Brasov.

Ad 278. Die chemischen und pharmakodynamischen Studien über den Mistelextrakt wurden von mir und meinen Schülern im Jahre 1907 und den folgenden Jahren angestellt. Ich habe darüber zahlreiche Mitteilungen veröffentlicht, unter anderem „Recherches pharmacolog. sur le Gui, C. R. Soc. Biol. 1908 und in Soc. Therap. 1908. II. Mars. — Mein Schüler Lesieur schrieb eine Arbeit über die Pharmakodynamie und Therapie der Mistel (Paris, 1910). — In klinischer Beziehung wurde das Guipsine in zahlreichen Krankenhäusern ausprobiert, besonders bei Huchard, wo Lagrange und Bonhomme den Einfluß dieses Medikamentes auf die Herzarbeit studierten; letzterer hat darüber eine Arbeit veröffentlicht (Paris, 1908). Schließlich verweise ich auf die Arbeiten von Fubini und Antonini im C. R. Acad. di Med. di Torino vom 12. Mai 1911 und Arch. di Farmacol. sperim. e Sc. affini vom 11. November 1911. — Was die Zusammensetzung des Guipsine betrifft, so besteht es aus einer Mischung zweier Glykoside, die ich aus der frischen Mistel isoliert habe, und aus dem von Leprince studierten Alkaloid. Das Mischungsverhältnis ist dasselbe, wie es in der Pflanze selbst vorkommt, doch sind die begleitenden harzigen Substanzen entfernt. Dr. J. **Chevalier,** Versailles.

Ad 279. Bei einem Schiefhals mit sechs Monaten ist in leichteren Fällen eine Heilung durch ein die Kopfstellung überkorrigierendes Gipsbett zu erzielen. Läßt sich der Kopf nicht mehr leicht in die konträre Stellung bringen, so ist die Durchschneidung des Kopfwenders vorzunehmen. Sie ist offen und nicht subkutan durchzuführen. Die Frühoperation ist wegen der bald einsetzenden Deformierung des Gesichtes, des Schädels und der Wirbelsäule unbedingt indiziert. Dozent Dr. O. **Stracker,** Wien.

Ad 279. Ausführliche Bearbeitung der Therapie des Schiefhalses findet sich in den beiden Monographien von A. Bauer: „Der Schiefhals" (Erg. d. Chir. 1913, Bd. 5) und „Der neurogene Schiefhals" (ebenda, Bd. 6). — Eine neuere Arbeit ist: J. Fraenkel: „Zur Entstehung und Behandlung des angeborenen muskulären Schiefhalses", Arch. f. klin. Chir. 1921, Bd. 118. **Med.-literar. Zentralstelle,** Berlin W 15.

Ad 283. Raynaud. Ehe Sie zu der auch von Prof. Pilcz (Wien) empfohlenen periateriellen Sympathikektemie schreiten, wären noch folgende therapeutische Versuche zu empfehlen: 1. Höhensonne, die zuweilen in diesen Fällen recht günstig wirkt. 2. Hochfrequenzbehandlung (Solenoid oder auch Radioluxapparat). 3. Intravenös Natr. silicic. purissimum in Amphiolen (M. B. K. Merck, Boehringer, Knoll) nach Kühn (Rostock), Literatur und Dosierungsangabe ist den Originalpackungen beigefügt. 4. Statt dessen eventuell auch Najosil, vgl. Annonce in „Ars Medici" 1924, Nr. 11, S. 528. 5. Schließlich wurde, ich glaube aus der Goldscheiderschen Universitätsklinik, an Stelle von Natr. silicic. Nitroglyzerin intravenös in 1%iger später eventuell 2%iger Lösung empfohlen. Ich selbst habe Injektionen von 1%iger Lösung, 1 cm³ ein- bis zweimal wöchentlich, bereits öfters angewandt, es wird gut vertragen. Die Indikation war allerdings eine andere. Vor einigen Jahren empfahl Schlesinger (Wien) bei Claudicatio intermittens subkutane Injektionen von Nitroglyzerin. Die Arbeit finde ich zur Zeit nicht. Ich glaube, es handelte sich auch um eine 1%ige Lösung. Absolute Nikotinenthaltung ist selbstverständliche Forderung.
Dr. W. **Wolff,** Berlin-Wilmersdorf.

Ad 283. Sie leiden an angiospastischen Zuständen, beruhend höchstwahrscheinlich auf Störungen der inneren Sekretion. Hiefür spricht die vorausgegangene Strumaoperation. Nehmen Sie folgende Medikamente: Erste Woche: dreimal täglich 0.10 Chinin. — Zweite Woche: dreimal täglich 0.20 Chinin. — Dritte Woche: dreimal täglich 0.10 Chinin. — Überdies um 9 Uhr vormittags 0.5 Diuretin und vor dem Schlafengehen: Rp: Diuretin 0.5. Luminal 0.075. — Wollen Sie diese Kur geduldig durchführen. Gegen eine Zeitlang noch auftretende Schmerzen wie bisher Pyramidon u. dgl.
Dr. **Egyed,** Oberstabsarzt a. D., Brasov.

Ad 283. Bin vollkommen derselben Meinung, wonach das kalte Bad das so qualvolle Leiden verursacht hat, da der unmittelbare Zusammenhang zwischen Kältewirkung und deren Folgezustand evident erscheint. Durch die Erkältung in den unteren Extremitäten wurde eine dauernde Kontraktion der kleinen Gefäße in der wahrscheinlich originär hypersensiblen Hautdecke sowie in der Tiefe hervorgerufen, so daß weniger Blut in diese Körperregion einströmt. Die Kälteempfindung und außerordentliche Schmerzhaftigkeit der Gefäßnerven findet in der Bluteinströmungsbehinderung ihre Erklärung. Wenn auch die Folgen einer derartigen Kälteschädigung ziemlich lange anhalten können, so ist lokaler Zellgewebszerfall angesichts der normalen Reflexerregbarkeit und des Blutdruckes nicht zu besorgen. In erster Linie kommt es darauf an, die Blutmenge in den zu erweiternden halbleeren Arteriolen und Kapillaren aufzufüllen, die Regulation des Stoffaustausches zwischen Blut und mangelhaft ernährtem Gewebe zu fördern, was durch eine reaktive Hyperämie erzielt werden kann. Als wirkungsvollstes, einfachstes, gefäßerweiterndes und antispasmodisches Mittel habe ich bei analogen Fällen (Förster, Fischer) den Heißluftapparat erprobt. Beide Extremitäten werden täglich mehrmals einige Stunden lang im Tunnel gelagert, wobei aktive Bewegungsübungen und transfugale Streichmassage anzuwenden sind. Keine Wickelgamaschen und Fußsocken, sondern stets Kameelhaarstrümpfe tragen.
Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Czernowitz.

Ad 286. Zur Bestimmung der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten empfehle ich das einfache Verfahren nach Fahraeus: 0.4 cm³ einer 5%igen Natrium-citricum-Lösung werden vorsichtig mit 1.6 cm³ Armvenenblut gemischt, in einer Pipette von 3 mm Lichtweite aufgezogen und dann beobachtet, um wie viel Millimeter sich die roten Blutkörperchen innerhalb einer Stunde senken. Bei Männern ist die normale Höhe der Plasmaschicht

über den sich ablagernden Erythrozyten nach einer Stunde (in den nächsten Stunden treten keine ins Gewicht fallenden Änderungen mehr auf): 3 mm, bei Frauen 5 mm. — Ebenfalls recht empfehlenswert ist die Technik nach Linzenmeier: Ein Röhrchen mit etwa ½ cm im Durchmesser, fassend 1 cm³ Flüssigkeit, hat im Abstande von je 6 mm von der obersten Marke 1 die Graduierung mit den Zahlen: 6, 12, 18. Vor der Venenpunktion gibt man in das gut gereinigte Röhrchen 1/10 cm³ einer 5%igen Natriumzitatslösung und schüttelt die Spritze mit derselben Lösung gut durch, um ein Gerinnen des Blutes in dem Glasröhrchen und auch in der Spritze möglichst zu vermeiden. Nun füllt man das Röhrchen mit Blut bis zur Marke 1 (1 cm³), schüttelt gut durch und notiert die Zeit. Ebenso notiert man die Zeiten, die die roten Blutkörperchen gebrauchen, um bis zur Zahl 6, dann bis zur Zahl 12 und endlich bis zur Zahl 18 zu sinken. Addiert man die einzelnen Zeiten, so bekommt man die Gesamtzeit, die die Erythrozyten gebrauchen, um von der ersten bis zur letzten Marke zu sinken. Im allgemeinen beträgt nach dieser Methode die normale Senkungsgeschwindigkeit bei Männern sieben bis neun Stunden, bei Frauen fünf bis sechs Stunden. Als grobe Versuchsfehler sind bei beiden Proben zu vermeiden: starkes Schütteln der Mischung, das die Sedimentierung beschleunigt, und Feuchtigkeit der Röhrchen, die eine Gerinnung des Blutes herbeiführt. — Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen hat eine große Bedeutung für die Gynäkologie gewonnen; sie ist beschleunigt bei Gravidität, Infektionen, Tumoren usw. und ermöglicht in unklaren Fällen Differenzierung zwischen funktionellen und organisch bedingten Störungen. Von besonderer Bedeutung ist die Senkungsprobe für die prognostische Beurteilung der chronischen Lungentuberkulose: Anfänge chronischer Lungentuberkulose mit geringer Sedimentierungsbeschleunigung, zirrhotische Prozesse geben relativ hohe Werte. Produktive Formen sind als gutartig anzuerkennen, wenn sich bei ihnen mittlere Werte finden oder im Verlaufe längerer Beobachtung die Sedimentierungszeit verlangsamt (auszuschließen sind Fälle von seröser Pleuritis im Verlaufe der Lungentbc.). — Kavernöse Prozesse zeigen stärkere Beschleunigung als die entsprechenden Formen ohne Höhlenbildung. — Eine intermittierende Erkrankung im Verlaufe der Tuberkulose (Grippe) beeinflußt die Senkungsprobe wie eine akute Verschlimmerung. (Literatur: Münch. med. Wschr. 1922, Nr. 21 und 23. — Klin. Wschr. 1922, Nr. 27. — Ztrlbl. f. Gynäk. Nr. 30, 1922. — Münch. med. Wschr. 1923, Nr. 1 und 3. — Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol., Bd. 176 und Bd. 181.)

Bakteriologe H. **Lipp**, Neubiberg bei München.

Ad 287. Wirbelbehandlung. Für die Behandlung innerer Krankheiten durch das „Wirbeln" gibt es keine wissenschaftliche Grundlage. Sie scheint eine im vollsten Sinne des Wortes „amerikanische" Methode zu sein, die auf das Geldverdienen durch Exploitierung naiver, unwissender Kranken ausgeht. In nähere Berührung mit den „Erfolgen" dieser Methode bin ich durch einen Zufall gekommen. In meinem Sprengel hat sich ein „Wunderarzt" niedergelassen — ein römisch-katholischer Geistlicher — der diese Behandlungsmethode mit großer Reklame ausübte. Es wurden Gerüchte über wunderbare Heilungen Lahmer, Blinder, sogar Tuberkulöser usw. ausgestreut. Der Krankenzulauf war ein großer — heute nach zwei Monaten ist er gleich Null. Die Behandlung wurde ohne die geringste anatomische und physiologische Kenntnis und ohne Diagnosestellung geleitet. Es hat keine Krankheitssymptome gegeben. Eine Tuberkulose des Auges, der Lunge, der Niere, der Blase, eine akut fieberhafte Erkrankung, eine Verdauungsstörung, ein Ikterus, eine Neuralgie, ein Magengeschwür wurden auf dieselbe Weise, durch Druck auf die Wirbelsäule behandelt. — Die Be-

handlung war teuer, schmerzhaft und — erfolglos! — In einer Broschüre, verfaßt von einem „medizinischen Fachmann“, auch einem römisch-katholischen Geistlichen, heißt es, daß diese Methode, die die erfolgversprechendste des XX. Jahrhunderts ist, in Amerika die glänzendsten Erfolge gezeitigt hat — und von einem großen Patrioten zum Wohle der Leiden der Stammesgenossen nach Polen verpflanzt wurde! — Unter anderm heißt es in dieser Broschüre: „Der Keim für alle Krankheiten liegt in unbemerkbaren Verkrümmungen der Wirbelsäule und dadurch bedingtem Druck auf die Nervenstämme. Die Wirbelbehandlung hat den Zweck, diese geringsten Verkrümmungen aufzudecken und durch Entlastung der Nervenstämme die Krankheit im Keime zu ersticken oder aber den Heilungsprozeß in Gang zu bringen. Medikamente sind ein Gift, das dem kranken Organismus schadet. — Die Behandlungsmethode hat auch ihren schönen medizinischen Namen „Chiropraktik“.“ — In der Broschüre werden folgende Namen genannt: Prof. John A. Havard, Dr. W. Iversen, W. C. Schulze, Artur L. Foerster, Georg J. Drews und viele andere, die angeblich diese Behandlungsmethode in Amerika ausbauen und lehren.

Dr. M. **Großfeld**, Mielnica (Polen).

Ad 290. Depression und Kopfschmerzen. Auf Nitroglyzerin prompter Erfolg (0.01 täglich). Dr. K. **Glaser**, Eger.

Ad 291. Asthma bronchiale. Versuchen Sie die altbewährte Methode: Rp: Atropini sulf. 0.015, Pulv. et Extr. Liquiritiae ana qu. suff. ut. f. pilulae Nr. XXX. D. S. Dreimal täglich eine Pille. Und zugleich: Rp: Extr. Cannabis indicae 0.30, Codeini phosph. 0.20, Sachar. albi 3.0. M. f. p. Div. in dos. Nr. X. S. Abends ein Pulver. — Von den Inhalationsmethoden mit dem Asthma-Zerstäubungsapparate ist folgende zu empfehlen: Lösung I. Rp: Atropini sulf. 0.01, Cocaini hydrochlor. 0.25, Aquae dest. 10.0. — Lösung II. Rp: Adrenalin 1:1000. — Beide Lösungen sind getrennt aufzubewahren. Von Nr. I gibt man 1 cm^3, von Nr. II 9 cm^3 in den Zerstäubungsapparat. Dr. **Egyed**, Oberstabsarzt a. D., Brasov.

Ad 291. Versuchen Sie das von der Fabrik für pharm. Spezialitäten „Roland“ in Essen erzeugte „Felsol“; prophylaktisch ein bis zwei Pulver täglich, ebenso beim Anfall ein bis zwei Pulver (Generaldepot für Österreich: Wien I., Bräunerstraße 5). Dr. **Lechner**, Banilla (Rumänien).

Ad 291. Statt der Adrenalininjektionen versuchen Sie vielleicht mit Vorteil Inhalationen mit dem Dr. Stäublischen Inhalationsapparat und der von ihm angegebenen Flüssigkeit: Rp. Adrenalin pur. (1 pro mille) 10.0, Atropin. sulfuric. 0.01, Cocain muriat 0.025. — Der in der Tasche tragbare Inhalator I nach Dr. Stäubli ist bei Hausmann A.-G. in St. Gallen zu beziehen. Ferner möchte ich Sie auf ein Büchlein von Dr. Sänger in Magdeburg über Asthmabehandlung (Atemgymnastik) hinweisen.

Dr. M. **Erb**, Bern.

Ad 292. Lichtscheu. Es handelt sich ohne Zweifel um ein psychisch bedingtes Krankheitsbild als Hauptsymptom einer Psychoneurose. Einen ähnlichen Fall habe ich selbst beobachtet, er wurde durch Psychoanalyse geheilt. Ich rate, den Kranken nach der aktiven analytischen Methode S t e k e l s (Wien) analysieren zu lassen. Auch Unbemittelten ist durch die von S t e k e l und seiner Richtung begründete analytische poliklinische Sprechstunde, Wien IX., Pelikangasse 16, eine solche Behandlung möglich.

Dr. **Wietfeldt**, Bremerhaven.

Ad 292. Handelt es sich vielleicht um totale Farbenblindheit? Wenn das der Fall wäre, so empfiehlt es sich nach H e i n e, eine mittelrauchgraue Brille unter Korrektion einer bestehenden Refraktionsanomalie zu verordnen, was meist ein bedeutend angenehmeres und besseres Sehen ermöglicht. Dr. D. **Lazarevic**, Knjazevac (Serbien).

Ad 293. Parotitis. Es dürfte sich im vorliegenden Falle weniger um einen entzündlichen Vorgang handeln als um mechanische Verlegung des Ductus Stenonianus durch minimalste Konkremente (Speichelsteine), die zu Speichelretention und Bildung eines Speicheltumors (Tumor salivalis) führen. Durch entsprechenden Druck von außen werden die mechanischen Hindernisse gleichsam zur Seite geschoben und der Tumorinhalt unter Verbreitung eines von den Patienten höchst lästig empfundenen salzigen Geschmackes in die Mundhöhle entleert. Ich verwandte in ähnlichen Fällen nach Kokainisierung der Wangenschleimhaut eine systematische Dilatation des Ausführungsganges mittels feiner Platinnadeln, wie sie zur elektrolytischen Haarepilation in Anwendung kommen. Es gelang mir schon nach einigen Sitzungen, die Kranken von ihrem lästigen Leiden zu befreien. Voraussetzung: Anwendung mäßigen Druckes beim Einführen der Nadel, Belassen derselben in dem dilatierten Gange durch einige Minuten, Vorschieben um einige Millimeter in der nächsten Sitzung usw.

Dr. S. **Selzer**, Lemberg.

Ad 300. Gegen Angina pectoris, Dyspnoe auf kardialer Basis verwende ich mit sehr gutem Erfolge, besonders als Vorbeugemittel, das seinerzeit in der „Ars Medici" empfohlene „Extr. fluid. cacti grandiflor." dreimal täglich 15 Tropfen. Dr. V. **Austerlitz**, Bardiov.

Ad 301. Eukain. Das Novokain ist in 1%iger Lösung bis zu einer Maximaldosis von 0.50 nicht toxisch (Prof H i l d e b r a n d). Demnach können selbst von einer 1%igen Novokainlösung 50 cm³, von einer ½%igen Lösung 100 bis 150 cm³ injiziert werden. -- Von Eukain können 200 bis 300 cm³ einer 0.1%igen Lösung, 25 cm³ einer ½%igen Lösung gefahrlos einverleibt werden. — Novokain ist dem Eukain jedenfalls überlegen, da letzteres gelegentlich zu Nachblutungen führt (vasodilatatorische Wirkung).

Dr. V. **Austerlitz**, Bardiov.

Ad 312. Strumöse Bubonen. Ich habe von Röntgentherapie, 8 H, filtriert durch 5 mm Aluminium, immer ausgezeichnete Erfolge gesehen, meistens genügt eine einzige Bestrahlung. Dr. L. **Merian**, Zürich.

Ad 315. Frostbeulen. Rohobstkur, überhaupt Rohkost (aber r i c h t i g durchgeführt!), in Verbindung mit heißen (ansteigend!) Ganzbädern und nachfolgenden Ölganzeinreibungen, habe ich immer wieder glänzend wirken sehen. Die Pernionen kehren nicht wieder. Die meisten Frostbeulenkranken sind einseitig ernährt. Salben können da nicht viel fruchten. Als gute Anleitung empfehle ich Ihnen das Schriftchen „Früchtespeisen und Rohgemüse" aus dem Verlage „Wendepunkt", Zürich 7, Keltenstraße 48.

Dr. H. **Balzli**, Ascona, Schweiz.

Ad 315. Versuchen Sie folgendes Mittel: 1. Heißes Fußbad (zehn Eßlöffel voll Cortex quercus pulv. auf das kochend heiße Fußbadewasser, das auf 40 bis 45° C abgekühlt wird) 10 bis 15 Minuten lang; dann 2. Auftragen folgender Salbe: Rp. Tinctur. Jodi 3.0, Acid. tannic. 1.0, Ichthyoli 1.5, Vaselini 75.0. Dr. H. **Eckhard**, Ziemetshausen.

Ad 315. Gegen Frostbeulen hat sich mir immer und bestens die Verabreichung von Kalksalzen bewährt (siehe D. m. W. Nr. 50, 1915, „Kalksalze gegen Erfrierung"). Man kann verschiedene Präparate geben: Sol. Calcii chlorat. cryst. puriss. 100:500, täglich dreimal einen Teelöffel in Wasser (Geschmack unangenehm, billig im Preis); Kalzan-Tabletten, dreimal täglich zwei Stück; Calcium lacticum 0.5, M. B. K.-Kompretten, dreimal täglich zwei Stück. — Gewebsschwächlinge, die alljährlich an Frostbeulen erkranken, sollen schon in den ersten kalten Tagen des Herbstes mit der Kalkanreicherung beginnen, dann wird es überhaupt nicht zur Entwicklung von Pernionen kommen. Dr. J. **Bamberger**, Kissingen.

Ad 316. Konjunktivitis. Aus Ihrer Schilderung des Krankheitsbildes kann nur der eine Schluß gezogen werden, daß es sich um eine absichtlich herbeigeführte artefizielle Konjunktivitis handelt. Solche Fälle von Simulation haben wir ja im Kriege in großer Anzahl gesehen. Therapeutisch können Sie wohl nichts anderes unternehmen, als daß Sie die Simulantin entlarven oder, wenn Ihnen dies nicht möglich ist, den Beweggrund zur Simulation — in diesem Falle vermutlich den Schulbesuch — beseitigen.

Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 317. Schlaflosigkeit. Der Rahmen für unsere Ratschläge ist gegeben durch: 33 Jahre, chronischer Rheumatismus, Neurasthenie mit vagotonischen Symptomen, Emphysem. Phosphor hat bei Nervenzuständen keine verläßliche Wirkung; speziell vom primären phosphorsauren Natron, das unter dem Namen Recresal in den Handel kommt, behauptet Noorden, daß es den Schlaf sogar zu stören imstande ist. Schlafbereitschaft entsteht durch einen ermüdenden Spaziergang am Abend oder ein warmes Bad von 28° R, das bis zu einer Stunde protrahiert wird. Auch eine feuchte Einpackung vor dem Schlafengehen (mit Wasser von 16 bis 20° R) durch eine halbe bis dreiviertel Stunde kann in gleichem Sinne wirken. Manchmal fördert es beim unerwünschten Erwachen aus dem Schlafe, wenn man dann eine in der Thermosflasche warmgehaltene Flüssigkeit trinkt. — Unter den Hypnotizis sind zu empfehlen, falls das Einschlafen gestört ist, Amylenhydrat 3 bis 4 g (mit etwas Wasser oder Sirup) unmittelbar vor dem Zubettegehen zu nehmen; den gleichen Effekt hat Paraldehyd 3 bis 4 g (am besten in Gelatinekapsel) vor dem Schlafengehen. Wenn aber der Schlaf seicht ist oder durch häufiges Erwachen gestört wird — also keine Einschlafstörung —, nimmt man vor dem Schlafengehen Chlorali hydrati crystallis. 2.0 (in einem Glase Wasser) oder 3.0 Chloral (in Gummi arab. 20.0, Aq. comm. ad 100.0 gelöst) als Klystier. Zweckmäßig wäre auch zwei Stunden vor dem Schlafengehen Natrium diäthylbarbit. 0.5 cum Morph. 0.01 oder mit Zusatz von Codein. phosph. 0.03. — Das Einschlafen wäre erleichtert, wenn neben dem abendlichen Hypnotikum im Laufe des Nachmittages 3 bis 4.0 Bromnatrium in einem Glase Wasser genommen werden. Brom kann täglich gebraucht werden, die anderen Mittel sollen zwei- bis dreimal wöchentlich ausgesetzt werden. — Wenn die beiden angeführten Hypnotika nicht einschlagen, so sind zwei bis drei Adalintabletten (à 0.5; heiß nachtrinken), oder Sulfonal 1.0 (heiß nachtrinken), kombiniert mit Morphium 0.005 zu versuchen. Bei Verwendung der genannten Hypnotika ist auf täglichen Stuhl zu achten, sonst kommt es zu kumulativer Wirkung; dies erkennt man zunächst durch den auffallend dunklen Harn oder Nachdunkelung desselben. Beide Erscheinungen sind durch Hämatoporphyrin hervorgerufen.

Reg.-Rat Prof. Dr. S. **Erben**, Wien.

Ad 317. Die von Ihnen geschilderte Art von „nervöser" Schlaflosigkeit hat oft ihren Grund in einer Verdauungsstörung. Bevor Sie sich in dieser Richtung untersuchen und behandeln lassen, versuchen Sie es zum Abendessen bloß eine flüssige oder breiige Speise zu nehmen (Einbrennsuppe, Milch, Milchspeisen), nachher einen Kaffeelöffel von Natr. bicarb. und früh (zwischen acht und neun Uhr abends) schlafen zu gehen. Sollten Sie im Anfange noch keinen Schlaf finden, dann versuchen Sie es mit Somnifer, einer Leuchtmasse, die bei Tag Licht aufspeichert und in der Dunkelheit allmählich abgibt. Durch diese künstlich erzeugte, immer mehr zunehmende Dämmerung entsteht Schlaf. Diese Vorrichtung ist zu haben bei Plechner & Co., Wien VII., Stiftgasse 15.

Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 317. Ich leide seit jeher an chronischer Schlaflosigkeit, habe aber

trotzdem noch nie im Leben ein Schlafmittel gebraucht. Am besten hilft mir zum Einschlafen oder beim Erwachen stilles Rezitieren bekannter Verse und Gedichte, die ich aus Schul- und Studentenzeit noch im Gedächtnis habe. Geht es aber nicht, besonders wenn mein Geist intensiv mit etwas beschäftigt ist, nun so mache ich Licht und lese, bis ich wieder Schlafsucht verspüre. Man holt so oft seine Tageslektüre ein und schläft trotzdem seine sechs Stunden. Auch Atemgymnastik im Bette, tiefe Ein- und Ausatmungen, verbunden mit Drehungen der Arme und Beine sowie Drehbewegungen des Kopfes helfen mir. Dr. J. **Fels**, Lemberg.

Ad 319. Schlafmittel. Vergessen Sie nicht, daß 0.5 Aspirin, 0.3 Pyramidon oder 1 g Natr. salicyl. oft ein ausgezeichnetes Schlafmittel sind, ebenso fünf bis zehn Tropfen Tinct. opii simpl. Übrigens kann auch jedes Schlafmittel trocken mit einem Schluck Wasser genommen werden, es ist bloß vorteilhaft, dieselben mit einer größeren Flüssigkeitsmenge zu verabreichen. Auch für Somnifen genügt nur etwas Wasser; 20 bis 30 Tropfen in wenig Wasser gut schütteln. — Gerade bei Arteriosklerose empfehlen sich als Schlafmittel 0.5 Aspirin oder fünf Tropfen Tinct. opii. simpl. Ferner kann man 0.3 bis 0.5 Medinal (Natr. diaethylbarbitur.) geben. Besteht Angina pectoris, so reichen Sie abends zehn Tropfen einer 1%igen Lösung von Nitroglyzerin in Alkohol in Verbindung mit 0.01 Morphium oder Diuretin 0.75 plus Luminal 0.1. Dr. J. **Fels**, Lemberg.

Ad 320. Lipolysin. Die Zusammensetzung meines Mittels Lipolysin kann ich nicht bekanntgeben, da seit einem Menschenalter meine Präparate fortwährend nachgeahmt wurden. Lipolysin ist kein Allheilmittel; manche Fälle verhalten sich refraktär; auch können Fälle vorkommen, bei denen die Patienten schneller an Gewicht verlieren, als erwünscht und gut ist. Daher ist, wie ich stets betont habe, die Kur nur unter ärztlicher Anleitung und Aufsicht durchzuführen. Literatur siehe bei Prof. Dr. A. Holste (Jena) in D. m. W. Nr. 18, 1923.

Dr. Georg **Henning**, Chem. Fabrik, Berlin.

Ad 321. Haarausfall. Es dürfte sich um Trichorrhexis nodosa handeln, die mit Seborrhoe, bzw. einem Haarausfall auf seborrhoischer Grundlage, wie häufig der Fall, kombiniert ist. Es wäre daher Schwefel am Platze, z. B. 10% Sulfoformöl oder eine Schwefelsalbe, der auch Rizinusöl beigemischt ist. Hitzeeinwirkung auf die Kopfhaut (heiße Waschungen, Föhntrocknen, Ondulieren usw.) so viel als möglich vermeiden! Die befallenen Haare an den erkrankten Stellen kürzen. Auch Arsen kann nützlich sein, wenn es sich, wie anzunehmen, um ein anämisches Individuum handelt, das wenig ins Freie kommt. Behandlung jedenfalls langwierig.

Dr. S. **Reines**, Facharzt f. Hautkr., Wien

Ad 321. Gründliches Waschen des behaarten Kopfes mit einer überfetteten Glyzerinseife und sehr sorgfältiges Abspülen des Kopfes und Haares. Allabendliches Einreiben des Haarbodens mit folgendem Haarwasser: Rp. Natrii bicarbon. 4, Aqu. dest. 150, Spiritus Colon., Glycerini ana 20. Dr. H. **Eckhard**, Ziemetshausen.

Ad 322. Polyserotitis. WaR und insbesondere Prüfung der Tuberkulinempfindlichkeit (mit Pirquet-Reaktion und subkutan von $^1/_{1000}$ mg beginnend) wäre anzuraten. Therapeutisch kämen in Frage: falls die obgenannten Reaktionen positiv sind: antiluetische, resp. Tuberkulintherapie sonst Röntgenbestrahlungen des Abdomens. Schmierseifenbehandlung, Versuch einer Durstkur und Probelaparatomie, der auch als solcher ein therapeutischer Wert zukommen könnte.

Prof. Dr. A. **Müller-Deham**, Wien.

Ad 323. Trypaflavin bei Enzephalitis. Prof. Buss, Bremen, der als erster Trypaflavin pro injectione bei Enzephalitis angewendet hat, verab-

folgte zunächst täglich 5 cm³, später 10 cm³ einer ½ %igen Lösung acht bis zehn Tage lang. (Vgl. D. m. W. Nr. 15, 1923). In einer zweiten Arbeit, die gemeinsam von Prof. Buss und Dr. Peltzer ausgeführt wurde und in der D. m. W. Nr. 30, 1924 erschienen ist, wird die Anwendung höherer Dosen empfohlen, und zwar die intravenöse Gabe von 20 bis 60 cm³ einer ½ %igen Trypaflavinlösung pro die, entsprechend 0.1 bis 0.3 g Trypaflavin pro injectione in Substanz. („Ars Medici" 1924, S. 440.) Die Autoren schreiben Folgendes: „Wir bitten dringend einen Versuch mit größeren Dosen Trypaflavin, etwa 20 bis 60 g pro die, intravenös zu machen, aber im Beginne der Krankheit. Doch scheint es selbst bei nicht zu veralteten Fällen noch gute Wirkung zu entfalten." — Es ist nun bedauerlicherweise in dem Wortlaut dadurch eine Ungenauigkeit entstanden, daß an Stelle von Kubikzentimeter Gramm gesetzt worden ist. Gemeint sind 20 bis 60 g = Kubikzentimeter einer ½ %igen Lösung von Trypaflavin pro injectione. Die entsprechende Berichtigung erfolgte in der D. m. W. Nr. 34, 1924.

Pharm. Abtlg. Leopold **Cassella** & Co., Frankfurt a. M.

Ad 323. Die von Buss und Peltzer empfohlene Behandlung der Encephalitis epidemica mit Trypaflavin verlangt ½ %ige Lösungen. Pro dosi werden 10 cm³ injiziert, pro die 20 bis 60 cm³ (D. m. W. Nr. 30, 1924). Sicherlich verträgt aber der menschliche Körper viel größere Einzeldosen; so gaben Mark und Olesker (Abtlg. Prof. M. Sternberg, Wien) gegen Endokarditis als zweckmäßigste Dosis pro Kilogramm Körpergewicht 0.01 Trypaflavin, in 20 cm³ Wasser gelöst. Ferner wurden einmal einem Patienten aus Versehen 2 g Trypaflavin intravenös ohne irgend welchen Schaden injiziert. Dr. J. **Bamberger**, Kissingen.

Ad 325. Juckender Ikterus bei Leberechinokokkus. Es kommen die bekannten spirituösen Linimente in Betracht mit Zusatz von Salizylsäure, Menthol oder Anästhesin. Bei universellem Pruritus warme Bäder mit Zusatz von Weizen- oder Mandelkleie; Glühlichtbäder. Zum Eintupfen eignet sich gut das Teichgräbersche Heliobrom. Von Blumberger stammt die Empfehlung: Amygdalin 2, Emulsio communis 200, zur lokalen Applikation, — eine Mischung, die sich mir in verzweifelten Fällen sehr bewährt hat. Intern oder subkutan empfehle ich Atropin oder Belladonnapräparate. — Kommt hier nicht Operation in Frage? Prof. Dr. G. **Singer**, Wien.

Ad 325. Einreibungen mit: Rp. Menthol 5, Spiritus ad 100.

Dr. H. **Eckhard**, Ziemetshausen.

Ad 326. Depressin enthält die Albumosen nichtvirulenter Kolikulturen in Gelatine-Emulsion und wird intramuskulär eingespritzt. Es soll meist reaktionslos vertragen werden und wird von Dr. Laboschin A.-G., Berlin NW 21, hergestellt. Dr. J. **Bamberger**, Kissingen.

Ad 327. Kalte Hände. Kaufen Sie sich in einer Instrumentenhandlung die bekannten Herzkühlflaschen mit Schraubenverschluß, die Sie mit heißem Wasser gefüllt bequem in Ihrer Rocktasche mit sich führen können. Sie haben dabei den Vorteil, jederzeit auf Ihrer Praxistour die Hände durch bloßes Einstecken in die Rocktasche wärmen zu können und können anderseits bei Ihren Besuchen sich die Flaschen im Hause der Patienten stets nachfüllen. Ich benütze schon seit zehn Jahren die Flaschen, deren zwei ich im Winter immer mit mir führe. Dieselben kosten, wenn dort nicht erhältlich, im Med. Versandhaus Bernhard Hadra, Berlin C 2, Spandauerstraße 40, das Stück 90 Pfennige. Dr. H. **Eckhard**, Ziemetshausen.

Ad 327. Als kraftfahrender Arzt litt ich sehr an kalten Fingern am Steuerrad bei offenem Auto. Selbst Fingerhandschuhe aus Pelz nützten nichts. Da kaufte ich mir nach dem Kriege aus Heeresbeständen ein paar Dutzend Fliegerhandschuhe aus Militärtuch mit Filz- oder Flanellfutter. Diese Fausthandschuhe sind sehr weit. Seit der Zeit habe ich bei Kälte,

Wind und Wetter am Steuerrad stets schön warme Finger. Also weite Filz-Fausthandschuhe, keine Fingerhandschuhe! Die oben erwähnten Fliegerhandschuhe haben sogar auf der Zeigefinger-Volarseite einen kleinen Schlitz, um bei Notwendigkeit des Greifens mit dem Zeigefinger diesen nach außen durchstecken zu können. Versuchen Sie solche Handschuhe!

Dr. F. **Orland**, Wesseling a. Rh.

Ad 1. Plötzliche Hemianopsie. Allem Anscheine nach handelt es sich um eine Hemianopsia sinistra; es ist nicht angegeben, aber wahrscheinlich auf beiden Augen, also Hemianopsia bilateralis sin. homonyma. Wenn dem so ist, handelt es sich um eine Affektion der rechtsseitigen optischen Zentren und Bahnen (vom Tractus opticus kortikalwärts, nicht Opticus!). Ist der Betreffende Linkshänder? Sonst ist die Alexie (Unvermögen zu lesen) unverständlich. Nach der Art des Eintretens ist Blutung oder Erweichung anzunehmen (letzteres wahrscheinlicher, etwa Thrombose oder Embolie der Arteria cerebri poster. dextr.). Die geäußerte Meinung (Einklemmung von Hirnsand) ist ganz abzulehnen. Prognose zweifelhaft, immerhin Heilung, mindestens Einschränkung des Ausfalles möglich. Wenn Lues vorausgegangen, Hg, Jod, sonst Jod, Diuretin usw. Prof. Dr. E. **Redlich**, Wien.

Ad 2. Chronischer Blasenkatarrh. Aus der Schilderung ließe sich am ehesten auf eine Prostatitis schließen. Zu deren Feststellung ist am besten die Prostata bei gefüllter Blase auszumassieren; dann lasse man den Patienten in ein Glas urinieren und untersuche den Bodensatz des mit dem ausmassierten Prostatasekret entleerten Harnes. Ist der Harn sonst klar, so weist ein stark eitriger Bodensatz nach rektaler Massage mit Sicherheit auf einen Entzündungsprozeß der Prostata (oder Samenblasen) hin. Ist der Harn auch sonst stark getrübt, so empfiehlt sich vorherige Reinspülung und Füllung der Blase mit einer klaren Flüssigkeit, hierauf Prostatamassage und Blasenentleerung in der beschriebenen Weise. Tägliche warme Sitzbäder, Ichthyolsuppositorien (Ammon. sulfoichtyolici 0.2, Butyr. Cacao qu. suff.) und systematische Massage der Prostata dürften von guter Wirkung sein. — Aus der Anfrage ist nichts über den derzeitigen Zustand des Harnes zu ersehen, auch nicht, ob ein Restharn besteht. Unter allen Umständen wäre eine Zystoskopie vorzunehmen, um Steinbildung, Blasendivertikel oder beginnenden Tumor mit Sicherheit auszuschließen.

Dr. E. **Kornitzer**, Facharzt f. Urol., Wien.

Ad 3. Die **Friedmannsche Schildkrötentuberkelbazillenemulsionsbehandlung** stellt nichts anderes dar, wie eine sehr forzierte Tuberkulinkur. Darum kann sie bei Fällen, welche Tuberkulin sehr gut vertragen, harmlosen wenn auch subfebrilen Bronchialdrüsentuberkulosen unter Umständen recht Gutes und Augenfälliges leisten, in anderen wieder, die gegen Tuberkulin sehr empfindlich sind, auch schwere Schädigungen, neue Metastasen, Aufflackern alter Herde usw. verursachen. Eine Panacee ist diese Behandlung keineswegs und selbst von den Fällen, die Friedmann selbst an der Klinik Ortner behandelte, ist keiner dadurch geheilt worden. Auch jetzt sehe ich immer wieder Fälle, die ein oder zwei solcher Injektionen bekommen haben und trotzdem keine Heilung erkennen lassen.

Prof. Dr. W. **Neumann**, Wien.

Ad 4. Mund- und Zungenschmerzen. Bei der vollkommen unzulänglichen Schilderung des Leidens ist jede Beurteilung unmöglich. Dauer des Leidens? Fieber? Blutbefund? Milz—Leber? Der Schilderung nach wäre an Stomatitis und Glossitis zu denken (perniziöse Anämie?). Was veranlaßte Sie aber, eine „Trigeminusparese" anzunehmen? Liegt wirklich ein Raynaud und nicht etwa eine Syringomyelie und Syringobulbie vor? Wie ist der Nervenbefund? Es wird wohl am besten sein, die Dame einem erfahrenen Internisten zu zeigen. Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 5. D'Herellesche Bakteriophagen. Während die Tatsache des „D'Herellschen Phänomens", das heißt die Auflösung von Ruhrbazillen durch Ruhrstühle, im allgemeinen nicht bestritten wurde, entspann sich über das Wesen der Erscheinung in der Literatur eine lange Debatte. Die meisten deutschen Autoren halten diese Auflösung für eine Fermentwirkung, wenige deutsche, viele französische Autoren und auch D'Herelle selbst sprechen von einem lebenden und sich vermehrenden „Feind der Bakterien". (Vgl. „Ars Medici" 1922, S. 219 und 488). — Die großen Hoffnungen nach D'Herelles Entdeckung, man werde vielleicht jetzt die lebenden „Feinde der Bakterien" züchten und zu Heilzwecken verwenden können, haben sich bisher nicht erfüllt. So leicht läßt sich die Natur nicht in ihre Karten blicken. In den letzten Jahren ist es in der Literatur über das D'Herellesche Phänomen recht still geworden. Sollten wieder Veröffentlichungen über dieses Thema erfolgen, so werden wir sie gewiß referieren. **Die Red.**

Ad 10. Tötliche Erkrankung nach Lyssa-Impfung. Es dürfte sich hier, wenn überhaupt ein Zusammenhang mit der Impfung besteht, um eine postvakzinale Paraplegie mit letalem Ausgang handeln. Sehr wichtig wäre es, zu erfahren, wie der Impfstoff hergestellt war, ob vielleicht eine Kombinationsbehandlung mit „Lyssa-Serum" und „Lyssa-Impfstoff" vorgenommen wurde, oder ob irgend eine andere Methode verwendet wurde. — Mit Lyssa hat die Erkrankung nichts zu tun. Natürlich kann auch irgend eine Erkrankung zugrunde liegen, die vorher bereits bestanden hatte und nun (vielleicht ausgelöst durch die Einverleibung von Nervensubstanz, vielleicht auch unabhängig davon) rasch zum Tode führte. Man könnte beispielsweise an einen Hirntumor denken wegen der Paraplegie am Beginne der Krankheit oder an Thrombose oder Embolie von Hirngefäßen. Ist eine Sektion vorgenommen worden? Prof. Dr. E. **Pribram,** Wien.

Ad 12. Choleval bei Gallenleiden. Die von mir empfohlene Behandlung des Galleninfektes mit intravenösen Cholevalinjektionen (M. m. W. Nr. 3, 1923) kann während des Anfalles ebensogut wie im anfallsfreien Intervall erfolgen. In der Regel sind es akute oder chronisch-rezidivierende Fiebersteigerungen mit den Zeichen der Gallenstauung, welche ich unter dieser Therapie abklingen sah, wobei meist einige wenige Injektionen zu einem Rückgang der Krankheitssymptome führten. Doch kann erforderlichen Falls bei längerdauerndem Verlauf die Behandlung ohne Schaden mehrere Wochen hindurch fortgesetzt werden. Die Methode hat sich mir auch in einigen Fällen von Choledochusverschluß, die nicht zur Operation kommen konnten, sehr bewährt (Behebung der Gallensperre, Konkrementabgang). Prof. Dr. G. **Singer,** Wien.

Ad 14. Winterausschlag. Nach der klinischen Schilderung scheint es sich um ein periodisch wiederkehrendes Erythema multiforme zu handeln; äußerlich kämen wohl nur warme Handbäder, Dunsteinpackungen der Hände über Nacht in Betracht; innerlich sind Salizylpräparate zu empfehlen. Ich möchte die Aufmerksamkeit auf die Tonsillen lenken; bei großen zerklüfteten Tonsillen, beim Bestehen von Tonsillarpfröpfen geht die Infektion zuweilen von diesen aus und wird mit der Entfernung der Tonsillen (Tonsillektomie) die Ursache dieser Exantheme beseitigt.

Prof. Dr. G. **Scherber,** Wien.

Ad 15. Habitueller Abortus und Kalium chlor. Das Kalium chloratum wurde nach einer Empfehlung von Grimsdale (1857) von englischen Ärzten gegen habituellen Abortus angewendet. Nach Guthbert übt es hier guten Effekt aus, wenn der Abortus von einer Erkrankung der Plazenta ausgeht. Die Wirkung kann auf zweierlei Art erklärt werden: 1. durch den bekannten kontrahierenden Einfluß der Kalisalze auf die glatte Muskulatur des Uterus und seiner Gefäße; 2. durch die in früherer Zeit viel mehr

gewürdigte antidyskratische Wirkung des Kalium chloratum. — Der habituelle Abortus findet nämlich nicht, wie man gewöhnlich in allzu schematisierender Weise annimmt, nur nach Lues statt, sondern auch nach allen möglichen anderen akuten und chronischen Infektionen und Intoxikationen, ebenso nach Stoffwechselstörungen, Blutkrankheiten und Blutdrüsenerkrankungen, kurz bei allen möglichen Säftestörungen, deren lokale Folge wieder eine Sekretionsstörung der Uterusschleimhaut oder der Plazenta sein kann. Als Sammelnamen für derartige Säftestörungen und ihre Übergänge untereinander bewährt sich der alte Ausdruck „Dyskrasie“ sehr gut, und ein solches antidyskratisches Mittel ist auch das Kalium chloratum. Ob im speziell vorliegenden Falle das Kalium chloratum indiziert ist, läßt sich ohne Untersuchung des Falles nicht ohne weiteres entscheiden. Schaden dürfte es wohl kaum, weil es die Blutkongestion im kleinen Becken zu bekämpfen geeignet ist und in dieser Eigenschaft früher auch gegen Blasenkatarrh mit zweifellosem Erfolg verwendet worden ist. — Will man ansonsten die Neigung zum habituellen Abort bekämpfen, so muß man trachten, nicht nur die Störungen im Genitalbereich, sondern auch alle übrigen somatischen Störungen ausfindig zu machen und zu bekämpfen. Lokal also Beseitigung von Lageveränderungen, Kürettage, Behandlung eines etwaigen Katarrhs. Allgemein: Regelung der Verdauung, der Zirkulation, der Hautatmung (Hydrotherapie), bei Anzeichen von allgemeiner Vollblütigkeit (Beckenhyperämie) Aderlaß am Arm. Letzterer wurde in der alten Medizin als eines der hauptsächlichsten Mittel zur Verhütung des habituellen Abortus angewandt. Außerdem noch kühlende, antiphlogistische, antikongestive Mittel, wie Salpeter; ferner Säuren (Hallersche Säure) und deren Salze (weinsaure Salze), mit deren Wirkung auch die des hier in Frage stehenden Kalium chloratum zum Teile analog ist.

Dozent Dr. B. **Aschner**, Wien.

Ad 16. Untersuchung trüben Harnes. Vor der Polarisation werden trübe Harne durch Zusatz von Bleiazetat geklärt. Man kann ungefähr eine Messerspitze voll Bleiazetat zusetzen und sodann filtrieren. Präziser ist es, dem trüben Harn ein Zehntel der Menge Bleiazetatlösung zuzusetzen; nur muß dann nach der Polarimeterablesung zu dem gefundenen Wert noch ein Zehntel addiert werden, z. B. bei abgelesenem Wert von 3% ist der effektive Zuckergehalt 3.3%.

Dr. F. **Reines-Lemberger**, Med. Laborator., Wien.

Ad 17. Die geschilderten Parästhesien sind verschiedener Art. Erstens finden sie sich bei Leuten, welche im Schlafe den Kopf auf den Arm legen und so den Nervus radialis drücken. Diese Fälle sind häufiger, als man glaubt. Ferner sieht man häufig vasomotorische Zustände am Arm, meist bei Leuten mit hypotonem Herzen, welche gleichfalls Parästhesien bedingen. Und schließlich finden sich echte Neuritiden leichter Art, wobei tatsächlich das naßkalte Wetter einen Einfluß zu haben scheint. — Demzufolge ist auch die Behandlung eine differente. Man muß für die richtige Lage ds Armes im Schlafe sorgen (Seitenlage auf dem Schulterblatt); mitunter wirkt ein leichtes Tonikum für das Herz, bei Hypertonikern natürlich das Gegenteil. Bei jeder Neuritis sind zunächst die Tonsillen zu revidieren, dann eine Schwitzkur einzuleiten und, wenn diese nichts nützt, zur Proteinkörpertherapie überzugehen. Bei jüngeren wirkt Vakzineurin, bei älteren Yatren-Kasein (2 cm³), mindestens 15 bis 20 Injektionen.

Prof. Dr. O. **Marburg**, Wien.

Ad 22. Liquorbefund bei Meningitis. Man kann nicht sagen, daß der mitgeteilte Liquorbefund unbedingt gegen epidemische Zerebrospinalmeningitis spreche, weil dabei eine absolute Konstanz des Liquorbefundes hinsichtlich bakterieller und selbst zellulärer Elemente nicht besteht. Ein

positiver Befund spricht im allgemeinen natürlich pro, ein negativer aber noch keineswegs contra. Nach der Beschreibung des Krankheitsaspektes und des Verlaufes ist die vermutete Diagnose gewiß als gerechtfertigt zu bezeichnen, bzw. steht der Kasus den fulminant verlaufenden Fällen dieser Art nahe. Prof. Dr. E. **Stransky**, Wien.

Ad 24. Der „Medapp“-Kleinröntgen- und Hochfrequenzapparat (Firma „Medapp“, Med. Apparatebau, A. Hoffmann, G. m. b. H. in Nürnberg) ist ein kleiner transportabler Apparat (Gewicht etwa 6 kg), der nicht nur für Durchleuchtungen und Röntgenaufnahmen, sondern auch zur Ozoninhalation und Diathermie verwendbar sein soll. — Preis 360 Mark. — Literatur: R. Gebhardt in „Fortschr. d. Med.“ Nr. 14, 1924.) **D. Red.**

Ad 26. Molluscum contagiosum. Die gewöhnliche Therapie bei einzelnen Mollusca contagiosa ist die Expression, am besten mit einer Zilienpinzette. Größere Molluska kratzt man mit dem scharfen Löffel aus. Sind zahlreiche disseminierte Molluska vorhanden, dann Schälkuren oder Enthaarungspasten, wie Rusma turcorum, die ebenso wie bei der Enthaarung angewendet werden. Prof. Dr. M. **Oppenheim**, Wien.

Instrumente und Apparate.

Bettmanns Stachel-Schienen für Frakturen und orthopädische Verbände sind biegsame Schienen, welche auf einer Breitseite in bestimmten Abständen niedrige Stacheln von konischer Form tragen. Diese Stacheln drücken sich beim Wickeln fest in die Gewebsmaschen der Binden ein, wodurch die Binden unverrückbar festgehalten und auch die Schienen mit den Binden fixiert werden, weil zwei bis vier parallel laufende Schienen

Stahlschiene in seitlicher Ansicht (schematisch).

an den Seiten der Extremität angelegt werden. Für die Ruhigstellung von Fingergelenken bei Panaritien, Frakturen und Luxationen im Bereiche der Hand werden 10 bis 25 cm lange Stachelschienen hergestellt. — Erzeuger: Hans Lamberger in Heppenheim an der Bergstraße; derselbe sendet auf Verlangen Literatur und Abbildungen.

Dextrometer ist ein von San.-Rat Citron (Kaiser-Wilhelm-Institut. Berlin-Dahlem) hergestellter, wirklich sehr einfacher Apparat zur quantitativen Zuckerbestimmung im Harn durch den Praktiker. Ein Glaszylinder von 28 cm Höhe und 28 mm lichter Weite trägt 5 cm unterhalb der Mündung einen Glashahn. Etwa 120 cm³ Harn werden mit einem wallnußgroßen Stück Preßhefe in einer Flasche kräftig geschüttelt und in den Zylinder gegossen. In diesem befindet sich das Aräometer; man öffnet nun den Glashahn und läßt so lange Flüssigkeit ausfließen, bis die Nadel des Aräometers auf den Nullpunkt der Skala zeigt. (Sollte ausnahmsweise das Aräometer unter Null zeigen, so fügt man etwas gepulvertes Ammoniumsulfat zu und rührt um). Der gefüllte Zylinder wird in ein beigegebenes Wasserbad gestellt und durch ein Spirituslämpchen durch vier bis fünf Stunden auf Gärtemperatur gehalten. Nach dieser Zeit wird auf Zimmertemperatur abgekühlt, und nun zeigt der Stand des Zeigers auf der Skala den Zuckergehalt in Prozenten an. Alkalisch reagierender Harn (Probe mit beigegebenem Lackmus) wird durch einige Tropfen 1%iger Essigsäure vor der Untersuchung angesäuert. Zuweilen schäumt der Harn bei der Gärung zu stark, dann genügt die Zusetzung von acht bis zehn Tropfen Tributyril, um jedes Schäumen zu verhüten. — Erzeuger: Firma Richard Kallmeyer & Co. in Berlin. (D. m. W. Nr. 47, 1924.)

Medikamente.

Argentocystol, ein neues Antigonorrhoikum, besteht aus einem Silbereiweißpräparat in Verbindung mit Orthodioxydbenzol und hat einen Silbergehalt von 8.5%. Das Mittel wird in ¾%iger, ansteigend bis 1¼%iger Lösung in die Urethra injiziert, im allgemeinen fünfmal täglich. Sauerbrey (Magdeburg) rühmt seine gute Wirkung bei akuter Gonorrhoe: in vier bis fünf Tagen sistiert die Sekretion, in durchschnittlich einer Woche sind keine Gonokokken mehr nachzuweisen; Heilung in durchschnittlich acht Wochen. Besonders fiel die bessere Wirkung des Argentocystols gegenüber anderen Silberpräparaten bei allen verschleppten Fällen von Gonorrhoe auf. Das Mittel ist gut verträglich. Ein bisweilen auftretendes Präputialödem schwindet auf Umschläge mit essigsaurer Tonerde in wenigen Tagen, wobei die Injektionsbehandlung nicht unterbrochen zu werden braucht. — Erzeuger: Tosse & Co., Hamburg. (Derm. Wschr. Nr. 46, 1924.)

Catamin, ein kolloidales Schwefelpräparat („Ars Medici" 1923, S. 519), hat sich als mildes Skabiesmittel sehr bewährt. Auch die empfindlichsten Hautstellen (Skrotum, Mamilla) werden durch seine Applikation nicht gereizt. Selbst Schnellkuren (zwei- bis dreimalige Einreibung in ein bis zwei Tagen) werden meist gut vertragen. Durch seine Anwendung entfällt das postskabiöse Ekzem; ist ein solches aufgetreten, so kann es mit Catamin weiterbehandelt werden. Bennigson (Berlin) berichtet ferner über gute Wirkungen dieses milden Schwefelpräparates bei Furunkulose, bei multiplen Abszessen der Säuglinge und bei oberflächlichen Hauterkrankungen, wie Herpes tonsurans, maculosus und squamosus. Bei Pityriasis rosea und versicolor läßt er zuerst durch Salizyl- oder Resorzinspiritus eine leichte Schälkur machen und behandelt dann mit Catamin. — Erzeuger: J. D. Riedel A.-G., Berlin-Britz. (Derm. Wschr. Nr. 46, 1924.)

Indonal ist die Kombination eines zur Veronalgruppe gehörigen Schlafmittels mit Cannabis indica. Das Mittel ist von Prof. Bürgi (Bern) angegeben. Die Cannabis indica (der orientalische Haschisch) erzeugt bekanntlich eine angenehme Rauschbetäubung, die von keinem Übelsein und keinen Kopfschmerzen gefolgt ist. Bei Kombination mit einem Schlafmittel kommt man mit kleineren Dosen des Schlafmittels aus, der Schlaf selbst und das Erwachen sind angenehmer, ohne Ermattung, Kopfschmerzen, Übelkeit und Benommensein. — Erzeuger: Firma Fresenius in Frankfurt a. M. (D. m. W. Nr. 45, 1924.)

Nitroscleran (Tosse), ein neues Nitritpräparat zur Behandlung der Hypertonie hat Prof. V. Kafka (Hamburg) in zwölf Fällen verschiedener Ätiologie (Arteriosklerose, Senium, Myodegeneratio cordis) erprobt und elfmal deutliches Heruntergehen des Blutdruckes nach jeder Injektion (0.02 bis 0.04 subkutan) bis um 20 bis 25% und 24 Stunden Dauer festgestellt. Subjektives Wohlbefinden; keine unangenehmen Nebenwirkungen. (M. Kl. Nr. 35, 1924.)

Notizen.

Druckfehlerberichtigung.

In „Ars Medici" Nr. 12, 1924, Seite 554, Zeile 24 von oben soll es statt Arteriosklerose richtig heißen „Arteriolosklerose".

In derselben Nummer, Seite 555, Zeile 8 von oben soll es richtig heißen: „die nicht vom Innendruck abhängt".

In derselben Nummer, Seite 571, Zeile 5 von unten soll es statt Kubikzentimeter richtig heißen „Kubikmeter".

Gute Bücher.

B. Aschner, „Die Konstitution der Frau und ihre Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie", zwei Bände, Bergmanns Verlag, München, 1924. Zwei Grundgedanken beherrschen das nicht nur für den Gynäkologen, sondern auch für jeden praktischen Arzt unbedingt lesenswerte Werk. 1. hat A. zum erstenmal den Versuch unternommen, die Konstitutionslehre, welche bisher von mehr theoretischem Interesse war, für den praktisch tätigen Arzt brauchbar zu machen und 2. führt er als fruchtbringende Arbeitshypothese wieder den Begriff von Humoralpathologie ein, selbstverständlich unter Beibehaltung der zellularpathologischen Errungenschaften, insbesondere der modernen Diagnostik und Technik. — Durch dieses Zurückgreifen auf die alten Anschauungs- und Heilmethoden unter Zuhilfenahme moderner Diagnostik und Technik gelangt A. zu überraschenden Heilerfolgen, welche mit der Zellularpathologie und ihren Heilmethoden allein nicht erreichbar waren. Nicht bloße Lokal- und Organpathologie soll gelten, sondern auch Universalkrankheiten, bzw. Säftekrankheiten gibt es in großer Zahl. So wie die alte Medizin, die Volksmedizin und die Naturheilkunde annimmt, entsteht eine Struma, ein Glaukom, ein chronisches Ekzem, Gallen- und Nierensteine, eine Metropathia hämorrhagica meist nicht primär in dem erkrankten Organ, sondern ist gewöhnlich nur eine lokale Manifestation einer allgemeinen Säftestörung. Zu viel Blut, schlechte Verteilung des Blutes, fehlerhafte Beschaffenheit des Blutes und der Lymphe, „unreines, scharfes" Blut, Plethora, Dyskrasie, Diathesis inflammatoria und alle diese in der alten Medizin und den von ihr zehrenden inoffiziellen Richtungen (Naturheilkunde, Volksmedizin, Homöopathie usw.) anerkannten Störungen scheinen, wie man ex juvantibus, das heißt nach dem günstigen Erfolg der nach dieser Arbeitshypothese angewendeten ausleerenden, stoffwechselverbessernden, blutreinigenden Heilmethoden schließen kann, wirklich zu existieren. So z. B. zeigt A., daß man den Aderlaß mit großem Erfolg nicht nur wie bis jetzt, bei etwa einem Dutzend von Krankheitsbildern (Eklampsie, Pneumonie, Lungenödem, Hypertonie, Gasvergiftungen, Schrumpfniere, Urämie, Apoplexie und klimakterischen Beschwerden) anwenden kann, sondern bei vielen hunderten von Krankheitszuständen des ganzen Körpers und einzelner Organe, nämlich bei den meisten akuten und sehr vielen chronischen Entzündungen. Bei allen Schwangerschaftsbeschwerden, den verschiedensten Menstruationsstörungen, bei vielen innersekretorischen Erkrankungen und Stoffwechselstörungen, bei krampfartigen Zuständen (Tetanie, Epilepsie, Hysterie, Eklampsie, Urämie usw.), ferner als Prophylaktikum bei Laparotomien gegen postoperative Komplikationen, wie Thrombose, Embolie und Lungenkomplikationen, gegen Phlebitis und Thrombose überhaupt usw. Schon die umfängliche Anwendung des Aderlasses allein wird eine Umwälzung in unserer Indikationsstellung und Therapie herbeiführen können. In vielen Fällen wird man an Stelle radikaler, die Organfunktion aufhebender Operationen (z. B. Uterusexstirpation und Röntgenkastration) mit konservierenden Operationen das Auslangen finden, oft aber direkt lebensrettend eingreifen können. Aber der Aderlaß ist nur ein ganz kleiner Teil der konstitutionellen, bzw. humoralpathologischen Allgemeinbehandlung. Es kommt dazu noch die in viel mehr Abstufungen als man gewöhnlich glaubt, durchführbare Ableitung auf den Darm. Es ist auch im Sinne der alten Medizin nach A. nicht gleichgültig, welches Abführmittel man dabei gibt, weil nebst dem Darminhalt noch andere jeweils verschiedene Körperflüssigkeiten aus dem Organismus abgeleitet werden, z. B. Galle, Schleim, Lymphe, Fett usw. Es gibt also Abführmittel, welche zugleich als

sogenannte Resolventia wirken, das heißt Gewebs- und Flüssigkeitsanhäufungen in den verschiedenen Organen mit der Zeit auflösen können. So wirken z. B. die Quecksilber- und Antimonpräparate auf alle, insbesondere die lympathischen Tumoren auflösend. Auch Fettgewebe und die Struma werden davon betroffen. In ähnlichem Sinne gibt es eine ganze Anzahl anderer Medikamente, welche Alterantia genannt werden, weil sie mit der Zeit konstitutionsumstimmend wirken. Auch die viel zu sehr vernachlässigte Ableitung auf die Haut gehört in dieses Kapitel. Durch die Perspiratio insensibilis verlassen täglich 500 bis 800 g gas- und dampfförmiger Substanzen, auch viele organische Säuren den Körper. Unterdrückung dieser Hautatmung kann verschiedene Krankheitszustände (Rheumatisch-arthritisch-neuralgische Zustände und Azidosis) hervorrufen, Wiederherstellung einer normalen oder gesteigerten Hautatmung durch Badekuren, Hydrotherapie, Schwitzbäder, Licht-, Luft- und Sonnenbäder, Sport, Gymnastik usw. solche Krankheiten heilen. Zu den erfolgreichen Methoden der Ableitung auf die Haut gehört auch die mit Unrecht verlassene Anwendung des Cantharidenpflasters, der Pustulantien (vgl. Munaris und Jetels Ischiasbehandlung) das Baumscheidtsche Verfahren; auch die Moxen, Fontanellen (das heißt künstliche Geschwüre) und Haarseile sind keineswegs wie vielfach behauptet wurde, mit der modernen Reizkörpertherapie identisch und können auch nicht durch sie ersetzt werden. Von diesen therapeutischen Neuerungen, die eigentlich eine „Renaissancebewegung in der Medizin" einleiten sollen, abgesehen, hat A. auch die Lehre vom Habitus und damit die Konstitutionslehre überhaupt um ein gutes Stück vorwärtsgebracht. Konstitution und ihr äußerer Ausdruck der Habitus, sollen nicht wie bisher nach Martius, Brugsch, J. Bauer, Kretschmer und anderen in einseitiger Weise nach Dimension und Proportion beurteilt werden, sondern es wird gezeigt, daß man erst unter Zuhilfenahme von noch sechs weiteren Bestimmungsstücken, nämlich aus der Zugehörigkeit zum männlichen oder weiblichen Geschlecht, aus der Haar-, Haut- und Augenfarbe (Komplexion), aus dem allgemeinen Gewebstonus, dem Lebensalter und dem vorherrschenden Organsystem eine einigermaßen ausreichende und mit dem wirklichen Leben übereinstimmende, also praktisch brauchbare Umschreibung der Konstitution und des Habitus erreichen kann. A. nennt diese sieben Bestimmungsstücke Grundlagen der Konstitution, und leitet aus ihrer pathologischen Abartung auch die meisten Konstitutionsanomalien und Konstitutionskrankheiten ab. Auch daraus ergeben sich neue therapeutische Perspektiven. A. wendet sich vor allem auch dagegen (mit Tandler, J. Bauer und Mathes), die Konstitution als somatisches Fatum hinzunehmen, und will damit dem durch die Virchow-Rokitansky-Skodasche Richtung des therapeutischen Nihilismus und Pessimismus entgegentreten. Mehr aktive Therapie und weniger Morphologie, Theorie und Vererbungslehre. Es soll endlich aufhören, daß Laienärzte und Kurpfuscher in vielen nun nicht mehr anzweifelbaren Fällen durch humoralpathologische Methoden Heilerfolge aufweisen können, welcher sich die einseitig lokal-, organ- und zellularpathologisch orientierte, oft übertrieben spezialistische Medizin unserer Tage durch unberechtigte Ignorierung dieser alten Methoden begeben hat.— Wenn auch so manche in Aschners Buche kühn und man möchte sagen „diktatorisch" hingestellte These unbewiesen ist und für uns recht befremdlich klingt, so wird man doch das Werk als ganzes mit gespanntem Interesse und sicher nicht ohne praktischen Nutzen lesen.

Prof. Dr. Arthur Seitz (Hyg. Inst. d. Univ. Leipzig): „Die Hygiene im Schriftgießereigewerbe." Eine Studie über die

deutsche Schriftgießerei. Verlag Walter de Gruyter & Co., Berlin—Leipzig, 1924. 72 Seiten, Preis: geheftet Mark 4.—. Die hauptsächliche Aufnahme von Blei und Antimon erfolgt während des Essens mit mangelhaft gereinigten Händen und durch Staubinhalation. Die Aufnahme durch Metalldämpfe spielt bei Schriftgießern eine untergeordete Rolle. Basophilie und Metachromasie können fehlen, wenn Bleiimmunität (Gewöhnung) eingetreten ist. Charakteristisch hingegen bei Schriftgießern sind Thrombozytopenie und relative Lymphozytose. Eosinophilie ist häufig, aber inkonstant. Diese Blutveränderungen sind hauptsächlich bewirkt durch den Antimonzusatz des Letternmetalls (¼%). Viele Beschwerden sind durch übermäßige Wärme und Feuchtigkeit verursacht (unregelmäßig geheizte und ungedeckte Gießpfannen). Durch systematische Staubbekämpfung (Ölen der Fußböden, häufigen Wandanstrich, vorsichtiges Hantieren mit der Krätze, gute Abzugsvorrichtungen), Rückkehr zu den Dunsthauben (zum Teil eventuell aus Marienglas) über den Gießpfannen, automatische Temperaturregulierung der Metallbäder in den Pfannen (Pyrometer, Thermoregulator), vor allem aber durch sorgfältige persönliche Hygiene der Arbeiter können die gesundheitlichen Verhältnisse noch verbessert werden.

Prof. Dr. Karl Stejskal (Wien): „Neue therapeutische Wege. Osmo-, Proteinkörper-, Kolloidtherapie." Verlag Julius Springer, Wien, 1924. 398 Seiten. Preis: gebunden *K* 168.000. Die Osmo- und namentlich die parenterale Proteinkörpertherapie ist schon längst über das Stadium der klinischen Prüfung hinaus in die Allgemeinpraxis gedrungen und hat auch hier zu überraschenden Erfolgen geführt, denen die theoretische Begründung noch vielfach nicht folgen konnte. Der kritische Überblick des erfahrenen Autors über die überaus reiche Literatur und namentlich die zusammenfassende Darstellung der Proteinkörpertherapie wird daher auch so manchem unserer Leser willkommen sein, wenngleich der praktische Teil gegenüber dem theoretischen ein wenig in den Hintergrund getreten ist.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien: „Angina pectoris." Vorträge von Prof. Dr. K. F. Wenckebach (Wien), Prof. A. Tschermak (Prag), Prof. Danielopolu (Bukarest), Prof. Eppinger (Wien) und Dozent Hofer (Wien). Mit Diskussionsbemerkungen. 113 Seiten, Preis *K* 55.000. Die Angina pectoris-Debatte in der außerordentlichen Tagung vom 5. bis 6. März 1924 in der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien hat allgemeines Interesse gefunden. In der vorliegenden Broschüre sind sämtliche Vorträge und Diskussionsbemerkungen vereinigt, deren bedeutsamer Inhalt in der „Ars Medici" teilweise bereits referiert wurde.

Mitteilungen des Verlages.

Die „Ars Medici" kostet für das Jahr 1925 ganzjährig, portofrei, im vorhinein zahlbar: österr. *K* 70.000.—, Mark 5.—, tsch. *K* 36.—, ungarische *K* 80.000.—, Zloty 6.—, Lire 30.—, Dinar 90.—, Lei 250.—, schweiz. Franken 8.—, franz. Franken 25.—, schwed. *K* 6.—, dän. *K* 8.—, norw. *K* 10.—, holl. fl. 4.—, Dollar 1.50, Shilling 6.—, finn. Mark 60.—, Lewa 200.—, estl. Mark 500.—, Lett. Rubel 400.—, Litu 15.—.

Eigentümer, Verleger, Herausgeber und verantwortlicher Redakteur: Med. Dr. Max Ostermann, Wien IX., Spitalgasse 1a. — Druck: Buchdruckerei Carl Schneid, G. m. b. H., Wien VIII., Lerchenfelderstraße 146.

ARS MEDICI

Wien, am 15. Februar 1925.

Interne Medizin.

Anaemia perniciosa — hohe Eisengaben.

Lichtenstein, Lindberg und Barkan empfahlen in letzter Zeit für Anämien zehnmal so hohe Eisengaben, als bisher üblich waren, und hatten damit ohne wesentliche Magenbeschwerden gute Erfolge (vgl. „Ars Medici“ 1924, S. 341 und 1923, S. 547). Rausch (III. Med. Univ.-Klinik, Budapest) erprobte das Verfahren bei perniziöser Anämie. Ebenso wie Barkan gibt er Ferrum hydrogenio reductum in Dosen von 1 bis 3 g täglich in Oblaten stets vor dem Essen, damit etwa in den Zähnen haften gebliebene Eisenteile durch den nachfolgenden Kauakt beseitigt werden. Bei perniziösen Anämien, bei welchen andere Mittel versagt hatten, versuchte er einen solchen „Eisenstoß“: am ersten und zweiten Tage je zweimal 0.5 g Ferr. reduct., dann zwei Tage lang je viermal 0.5 g und dann zwei oder mehrere Tage lang je sechsmal 0.5 g pro Tag. Magen- oder Darmschädigungen wurden bei dieser Therapie nicht beobachtet. Von fünf Fällen wurde bei zweien prägnante Besserung, bei zweien eine vorübergehende Besserung beobachtet. Jedenfalls ist diese Therapie zu versuchen, denn sie übt bei noch remissionsfähigen Fällen sichtbar einen starken Reiz auf den blutbildenden Knochenmarkapparat aus. (Klin. Wschr. Nr. 48, 1924.)

Die kombinierte Digitalis-Kalziumtherapie der Herzkranken

beruht auf der experimentell begründeten Tatsache, daß eine Digitaliswirkung nur dann zustandekommt, wenn das Herz Kalziumionen enthällt. Singer (Wien) sah von der Kombination besonders bei schwerster Dekompensation und chronischer Kreislaufschwäche, Billigheimer (Ztrlbl. f. klin. Med., Bd. 100, 1924) namentlich bei dekompensierten Vitien und bei Arhythmia perpetua verstärkte Wirkung.

Nach E. Nathorff (Städt. Krankenh., Moabit in Berlin) genügt es auch, 0.2 Calc. lact. zusammen mit 0.025 Pulv. fol. digit. titr. per os zu geben (fertige Tabletten „Cordial“, Simons Chem. Fabr.) Diese Form bewährt sich namentlich zu chronischen Digitaliskuren, z. B. bei Arhythmia perpetua.

Ein weiterer Bericht von Hellmann und Kollmann aus der Abteilung Prof. Singer im Wiener Rudolfsspital erweist die intensivere, von Nebenwirkungen freiere Digitaliswirkung, namentlich in den sonst häufig refraktären Fällen von Aortenfehlern und Myodegeneratio cordis. (Die Ther. d. Gegenw., H. 10, 1924.)

Verhalten der kleinsten Gefäße beim Diabetes mellitus.

Ein großer Teil der Diabetiker zeichnet sich durch eine Gesichtsröte aus, die von der Wangenröte Gesunder durch ihre Farbe und Lokalisation

unterschieden ist. Noorden beschreibt diese Gesichtsröte der Diabetiker als eine rosarote Injektion mit Bevorzugung des oberen Teiles des Gesichtes und besonders der Gegend der Stirnhöcker. Andere Autoren untersuchten den Kapillardruck bei Diabetikern und fanden diesen durchgehends auffallend niedrig. Mit dem Kapillarmikroskop wurde „Erweiterung des Übergangsteiles vom arteriellen zum venösen Schenkel" als charakteristisch festgestellt. Weil (Med. Klinik, Göttingen) hat diese Befunde nachgeprüft und kann sie bestätigen. Der Tonus in der venösen Hälfte der kleinsten Gefäße ist bei Diabetikern herabgesetzt. Nach David und Gabriel reagieren übrigens die Kapillaren von Diabetikern viel schwächer auf Röntgenstrahlen als die Gesunder. Ferner fand Weil beim Diabetiker die Konturen der kleinsten Gefäße verwaschen und ihr Rot verändert, etwas in Karminrot hinüberspielend. und schließlich den Untergrund des Koriums auffallend gelblich getönt. (Klin. Wschr. Nr. 46, 1924.)

Zur venösen Goldtherapie der Tbc.

berichtet L. Rickmann aus dem Sanat. f. Lungenkr. in St. Blasien (Prof. Bacmeister). 1890 hat Robert Koch die entwicklungshemmende Wirkung von Zyangoldverbindungen auf die Tbc.-Bazillen festgestellt. Feldt hat kulturell festgestellt, daß eine kolloidale oder eine einwertige Goldlösung noch in millionenfacher Verdünnung, das Zyankali hingegen erst in Lösungen von 1:1000 wachstumshemmend wirkt. Daraufhin stellte er zusammen mit Spieß das weniger giftige Aurocanthan her. Sechsmal weniger giftig noch als dieses und dennoch wirksamer ist das Krysolgan, in welchem das Gold in der Oxydulstufe einwertig enthalten ist. Ein weiterer Fortschritt ist das Goldpräparat der Höchster Farbwerke Triphal, da es bei gleicher Wirksamkeit und größerer Stabilität nur halb so giftig als das Krysolgan ist. Autor verwendet es seit einem Jahre, ohne bisher irgendwelche Schädigungen gesehen zu haben.

Als geeignet zur venösen Goldtherapie erwiesen sich vorwiegend produktive Formen namentlich der Kehlkopftbc., in welchen das Gold schon in kleinsten Dosen die Bindegewebsentwicklung deutlich anregt. Sehr wertvoll ist die Kombination mit der Röntgenbehandlung. (M. m. W. Nr. 46. 1924.)

Hämoptoe — Therapie.

M. Weiß (Wien) empfiehlt folgende Maßnahmen: Einen gehäuften Teelöffel NaCl in einem Drittel Glas Wasser per os; Abbinden der Extremitäten, 10% $CaCl_2$ oder NaCl venös (wirkt nur zirka zwölf Stunden); 6 bis 10 cm^3 einer 25%igen Lösung von Ol. camphor. subkutan, nach zwölf Stunden 5 cm^3 und weiter in zwölfstündlichen Intervallen 4, 3, 2 und 1 cm^3. Als ultimum refugium künstlicher Pneumothorax. Heiße und CO_2-hältige Getränke sind zu verbieten. Gelatine per os (subkutan schmerzhaft). Zweckmäßig auch Digitalis. (Wiener Seminarabend, Oktober 1924.)

Intrakutane Injektionen

werden von F. Hoff am Städtischen Krankenhaus Kiel (Prof. Hoppe-Seyler) seit eineinhalb Jahren bei den verschiedensten Krankheiten mit oft auffallenden Erfolgen angewendet. Man erzeugt alle ein bis zwei Tage mit je 0.1 cm^3 Aolan, Kaseosan, frischem Eigenblut o. dgl. zwei deutliche Hautquaddeln. Oft sieht man schon nach einer Injektion von Aolan oder Eigenblut bei Gonorrhoe starke Provokation, rasches Zurückgehen von Komplikationen (Epididymitis, Adnexitis) unter Fieberabfall. Auf 0.1 Kaseosan werden Arthritis deformans und namentlich Monoarthritiden häufig sofort

schmerzfrei und beweglicher. Auch gonorrhoische Arthritiden sprechen gut an. Ebenso sieht man namentlich mit Eigenblut oft ganz überraschende Erfolge bei hartnäckigen Dermatitiden und Ekzem, Psoriasis, Trichophytie, Erysipel, schwerster Salvarsandermatitis, Erysipeloid des Fingers usw. Die einfache Technik und das Fehlen jeglicher Allgemein- (Fieber-) oder Herdreaktion empfehlen diese Methode ganz besonders für die Allgemeinpraxis

Bedeutende Erfolge hat auch die spezifische Intrakutandiagnostik (Tbc., Diphtherie!) und -therapie (Tuberkulin intrakutan, namentlich in der Nähe des Krankheitsherdes) zu verzeichnen. Die Beziehungen zwischen Hautfunktion und Krebs veranlaßten die intrakutane Untersuchung von Krebskranken mit Seren, die von anderen, röntgenbestrahlten Krebskranken stammten: Von 28 Reaktionen an Krebskranken waren 25 positiv, von 30 Reaktionen an Krebsfreien 25 negativ. (Näheres hierüber Hoff. M. m. W. Nr. 25, 1924.) (M. Kl. Nr. 38, 1924.)

Perikarditis — Therapie.

Nach Prof. Külbs und Schürmeyer (Köln) ist die Perikarditis durchaus nicht selten, wird nur häufig nicht diagnostiziert. Die Entzündung des Perikards ist fast immer von anderen Organen fortgeleitet, doch kann man zuweilen klinisch die Grundkrankheit nicht finden und spricht dann von einer idiopathischen Perikarditis. Am häufigsten findet sich begleitende Perikarditis bei Polyarthritis, Tbc. und Herzfehler, seltener bei Sepsis, Pneumonie, Empyem, Nephritis, Tumor und Leberzirrhose. Jedenfalls soll der Praktiker bei diesen Krankheiten an die Möglichkeit einer Perikarditis denken und soll insbesondere auch die mehr subakut verlaufenden Polyarthritiden energisch mit Salizyl behandeln, wodurch gewiß manche Perikarditis verhütet werden könnte.

Behandlung. Möglichst praktische Lagerung des Kranken im Bette mit Unterstützung des Rückens oder so, daß der Patient sich bequem auf Ellenbogen und Arme stützen kann, trägt zur Linderung der dyspnoischen Beschwerden bei. Gute Hautpflege wegen Dekubitusgefahr bei diesen meist schwitzenden Kranken, eventuell Wasserkissen. Solange Fieber besteht, ist eine reizlose Kost notwendig. Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr kann die Bildung eines Exsudats aufhalten, daher soll man einige Tage lang die Schrothsche Kur versuchen: vier bis fünf alte Semmeln täglich, daneben ein- bis zweimal ein Glas Wein oder ein- bis zweimal eine kleine Tasse Tee. Auch die Karell-Kur (viermal täglich 200 cm³ Milch etwa eine Woche lang) nach vorheriger Digitalisierung kann die Resorption eines Exsudats fördern. Bei den tuberkulösen Formen der Perikarditis wird man diese strengen Kuren aus vielen Gründen nicht anwenden. — Sowohl die lokalen Beschwerden (Herzschmerzen, Herzklopfen, Stechen bei tiefem Atmen) als auch die Dyspnoe können durch lokale Kälteapplikation gemindert werden in Form von kalten Umschlägen, Eisblase und der Leiterschen Kühlschlange. Auch lokale Blutentziehungen durch Blutegel oder Schröpfköpfe (zwei bis vier blutige Schröpfköpfe in die Herzgegend, in die Umgebung der Spitze oder auch am linken oberen Rand der Dämpfung) sind unbedingt zu empfehlen. — Von Medikamenten stehen die Salizylpräparate an erster Stelle, aber auch Chinin und alle Schlafmittel helfen bei der Linderung der subjektiven Beschwerden, besonders die zahlreichen Mittel aus der Veronalgruppe, aber ohne Morphium- oder Opiumderivate wird man selten auskommen. Die Applikation aller dieser Mittel geschieht am besten per os oder rektal, da das geschädigte Herz auf Injektionen oft mit Beschleunigung seiner Aktion reagiert. Wo Zeichen von Herzinsuffi-

zienz vorliegen, ist Digitalis in großen Dosen angezeigt; aber auch ohne Symptome von Herzinsuffizienz pflegt Digitalis günstig einzuwirken, nur gebe man es hier in kleinen Dosen im Sinne der früheren Kliniker.

Die Punktion des Perikards ist angezeigt, wenn eine Indicatio vitalis vorliegt, das heißt wenn Dyspnoe, Zyanose, kleiner oder intermittierender Puls und Kollaps Lebensgefahr anzeigen. Dieser Symptomenkomplex kann allmählich, aber auch plötzlich einsetzen und geht oft nach Entnahme weniger Kubikzentimeter Serum schnell wieder zurück. Ferner ist die Punktion indiziert bei sicherem Erguß, der sich nicht oder nur sehr langsam resorbiert. Schließlich gibt es Fälle, wo selbst das Röntgenbild nicht eindeutig zwischen Perikarditis und Herzdilatation unterscheiden läßt; hier liegt die Flüssigkeit meist mehr hinten und auch hier ist die Punktion aus diagnostischen und therapeutischen Gründen angezeigt. — Die Technik der Punktion ist relativ einfach und sollte in der Praxis öfter angewendet werden. Von allen empfohlenen Methoden ist die nach Curschmann die beste: Einstechen im fünften oder sechsten Interkostalraum links inner- oder außerhalb der Mamillarlinie; man verletzt hier vielleicht zuweilen die Pleura, schont aber (was weit wichtiger ist) sicher die Arteria mammaria interna und das Herz. — Relativ viel einfacher ist jedoch die von Professor Külbs angegebene Methode: Er punktiert von der Skapularlinie aus durch die Pleura, eventuell auch durch das Lungenparenchym hindurch den Herzbeutel, saugt möglichst viel Exsudat zur Behebung der bedrohlichen Erscheinungen ab und läßt schließlich den Erguß spontan durch die Punktionsstelle in die Pleura allmählich absickern. Aus der Pleura kann man dann den Erguß, wenn nötig, leicht entfernen. — Die häufige tuberkulöse Perikarditis braucht außer der Punktion kaum eine Behandlung. Wenn man den Erguß ganz absaugt oder in die Pleura drainiert, heilt sie meist ab. Sehr erwägenswert ist der Rat Wenckebachs, nach der Punktion Luft in das Perikard einzublasen, um die Obliteration des Herzbeutels zu verhüten. — Für die Probepunktion des Perikards wähle man eine nicht zu dünne Kanüle, die auch Eiter durchläßt. Ist ein eitriges Exsudat festgestellt, so muß eine gründliche Entleerung durch Perikardiotomie erfolgen, natürlich an der tiefsten Stelle des Herzbeutels und unter strenger Vermeidung der Pleuraeröffnung. Die verschiedenen Methoden (nach Ollier, Gussenbauer, Axhausen, Kocher, Delormes und Rehn) resezieren den Rippenknorpel oder die fünfte, sechste oder siebente Rippe. Nach der Eröffnung des Perikards kann durch Spülung des Herzbeutels mit physiologischer Na Cl-Lösung und durch Anwendung des Überdruckverfahrens (nach Eiselsberg) eine vollständige Entleerung der eitrigen Massen aus den hinteren Herzbeutelabschnitten bewerkstelligt werden. Dann folgt Drainage. In der Nachbehandlung halte man den Patienten in sitzender Stellung, um dem Sekret Abfluß zu verschaffen. Die Prognose richtet sich nach dem Grundleiden und ist oft auch in anscheinend sehr schweren Fällen noch gut.

Für die Mediastinoperikarditis, die sogenannte Concretio pericardii, haben wir heute eine Operationsmöglichkeit, die Kardiolyse, um die sich besonders Brauer Verdienste erworben hat (Ausführliches siehe „Ars Medici“ 1923, S. 100 und 1922, S. 254). Die Verwachsungen der Perikardialblätter an sich machen zumeist keine Zirkulationsstörung, erst die Verlötung des Herzens mit der vorderen Thoraxwand führt zu schweren funktionellen Störungen. Die stetige Mitbewegung der knöchernen Thoraxwand bei der Systole verbraucht den größten Teil der Herzkraft, der nach der Kardiolyse wieder für den Kreislauf frei wird, so daß selbst in schweren Fällen noch Erholung des Herzens eintritt. Die Operation besteht in der

Entfernung eines Rippenstückes aus der vierten, fünften und sechsten Rippe. Die Operation ist immer indiziert, wenn noch Aussicht auf Erholung des Herzmuskels besteht. Ein guter Fingerzeig hiefür ist die Intensität und Ausdehnung der herzsystolischen Brustwandeinziehung. Ist diese breit und ausgedehnt, so ist die Herzkraft gut; ist sie jedoch schwach und nur auf die Spitze beschränkt, so ist auch durch eine Kardiolyse kaum noch eine Erholung des Herzmuskels zu erwarten. (Klin. Wschr. Nr. 46, 1924.)

Zur Frühdiagnose und Behandlung der Lues innerer Organe

kann der Syphilidiologe Wertvolles leisten, wenn er, wie E. Pulay (Wien) an 85 Fällen von Lues latens zeigen konnte, jeden Patienten auch innerlich und namentlich röntgenologisch untersucht. So konnten in 47 Fällen aller Altersstufen (56%) radiologisch Aortenlues nachgewiesen werden. In solchen Fällen ist es zweckmäßig, Salvarsan (0.3 pro dosi) am besten in Afenil gelöst abwechselnd mit Jod zu geben und Hg womöglich zu meiden. Bei gleichzeitiger Hypertonie ist die Lösung des Salvarsans in Papaverin vorzuziehen und intern Diuretin empfehlenswert.

In einzelnen Fällen von Lues latens wurde eine luetische Nephrose festgestellt und bei diesen das Salvarsan in einer 5%igen Urotropin-Ca Cl_2-Lösung (Schering) oder, wenn diese nicht vertragen wurde, zusammen mit Euphyllin injiziert und per os Thyreoidin verabfolgt.

Bei Gelenklues wurde das Salvarsan in Atophan (Schering) oder Hexophan (Höchst) gelöst, lokal graues Pflaster oder Präzipitatsalbe, gleichzeitig Schmierkur, eventuell Proteinkörpertherapie (Milch oder Yatren-Kasein). (M. m. W. Nr. 43, 1924.)

Salizyl bei akutem Gelenksrheumatismus — Verschreibungsart.

Eine gewöhnliche Verschreibungsweise des Salizyls ist mit doppelkohlensaurem Natron zusammen, zu gleichen Teilen (ana 0.50), um den Magen nicht durch freiwerdende Salizylsäure zu belästigen. Will man kleinere Dosen ohne Natrium bicarbonicum verschreiben, so gibt man das Salizyl in keratinisierten Kapseln à 0.25, die sich erst im Darm lösen. Besser als in Pulverform ist es aber, eine Lösung zu verordnen, und zwar gleichfalls mit einem Alkali; z. B. Rp: Natrii salicylici 12.0, Natrii bicarbonici 10.0, Rumi optimi 40.0, Aquae destillatae, Syrupi aurantiorum ana 100.0. — S. Dreistündlich einen Eßlöffel (Martinet). Oder: Rp: Natrii salicyl. 12.0, Natrii bicarb. 5.0, Syrupi rib. 100.0, Aqu. destill. frigid. ad 210.0. Filtra (Ségard). — Falls das Medikament durch Einlauf einverleibt werden soll, verschreibt man nach Crouzel: Rp: Natrii salizyl. 16.0, Gummi arab. 4.0, Lactis coct. ad 120.0. — S. Einen Eßlöffel zum abendlichen Einlauf. — Bei Kindern kann man das Salizyl auch in Form von Stuhlzäpfchen einverleiben, welche 2 g Kakaobutter und soviel halbe Gramme salizylsaures Natron enthalten, als das Kind Jahre zählt. Alle sechs Stunden wird ein Zäpfchen eingeführt. Im allgemeinen soll man stets die Gesamttagesdosis Salizyl derart bemessen, daß sie auf Tag und Nacht gleichmäßig verteilt wird. Vermeiden soll man Salizyl bei Schwangeren und Albuminurikern. (Journ. de méd. de Paris Nr. 1, 1925.)

Der subphrenische Abszeß.

Von Prof. F. Lotsch (Berlin).

Der subphrenische Raum bildet einen Teil, bei aufrechter Körperhaltung den höchstgelegenen Teil des Bauchraumes und ist allseitig von Peritoneum ausgekleidet. Das sagittale Aufhängungsband der Leber, das Liga-

mentum falciforme hepatis, teilt den subphrenischen Raum in einen rechten und einen linken Abschnitt. Die rechte Hälfte liegt zwischen der Unterfläche des Zwerchfells und der Konvexität des rechten Leberlappens, die linke Hälfte zwischen der Unterfläche des Zwerchfells einerseits und linkem Leberlappen, Magen und Milz anderseits. Der subphrenische Raum umfaßt nicht die gesamte Unterfläche des Zwerchfells; der hintere Teil dieser Unterfläche grenzt ohne Peritonealüberzug an die Hinterfläche (besonders auf der rechten Seite) der Leber und kommuniziert dort mit dem retroperitoneal gelegenen perirenalen Gewebe; Entzündungen, die sich hier abspielen, gehören nicht zu den Erkrankungen des subphrenischen Raumes.

Der subphrenische Abszeß stellt nichts anderes dar als eine eitrige, zirkumskripte Peritonitis, deren Ursache weitaus am häufigsten eine Blinddarmentzündung ist. Dementsprechend ist auch die rechte Hälfte des subphrenischen Raumes zumeist der Sitz des Abszesses. Neben der Appendizitis kommen als häufige Ursachen in Betracht entzündliche Erkrankungen der Gallenwege, des Pankreas, Geschwürsperforationen des Magens, Duodenum und Querkolon, ferner embolische Abszesse und vereiterte Echinokokken von Leber und Milz. Diese Affektionen führen auf dem Umwege einer diffusen Peritonitis zum subphrenischen Abszeß oder bei den Erkrankungen des Oberbauches dadurch, daß durch rechtzeitige Abdichtung der oberen Bauchhöhle die eitrige Peritonitis lokalisiert bleibt. Wie oben erwähnt, zählen wir die Eiterungen im retroperitonealen Bindegewebe nicht zu den Erkrankungen des subphrenischen Raumes, aber sie können zu einem subphrenischen Abszeß führen, wenn sie auf das Bauchfell übergreifen. — Die Frage, ob eine eitrige Pleuritis durch Übergreifen auf das Zwerchfell und Durchwandern oder Perforieren desselben einen subphrenischen Abszeß erzeugen kann, ist umstritten; jedenfalls gehört ein solcher Vorgang zu den größten Seltenheiten. Ebenso ist in seltenen Fällen ein subphrenischer Abszeß in den Unterlappen einer Lunge durchgebrochen und durch den Bronchialbaum expektoriert worden. — Die hier erörterte Ätiologie des subphrenischen Abszesses erklärt es, daß der häufigste Erreger solcher Abszesse das Bacterium coli ist. Daher ist der Eiter meist stinkend; es entwickeln sich fast immer Fäulnisgase, die bei der Diagnose (siehe unten) eine wichtige Rolle spielen. Besteht zwischen dem subphrenischen Abszeß und dem perforierten Magen eine Kommunikation, so kann sich sogar der Eiter durch den Magen entleeren und im subphrenischen Raum nur Gas zurückbleiben. Die Probepunktion ergibt dann nur Gase oder aus dem Magen eingedrungene Luft.

Die versteckte Lage des subphrenischen Raumes und die infolge der vorgelagerten Rippen unmögliche Palpation bedingen die Schwierigkeit der Diagnose eines subphrenischen Abszesses. Vor der Röntgenära stützte sich die Diagnose auf die Untersuchungen Leydens, welcher als charakteristischen Befund angab: „In den oberen Teilen normaler Lungenschall, darunter die Dämpfungszone des meist bestehenden symptomatischen serösen Pleuraexsudates, sodann ein Abschnitt tympanitischen Schalles entsprechend der Gasblase, darunter endlich Abszeßdämpfung, in die absolute Leberdämpfung übergehend." — Doch findet sich dieser charakteristische Perkussionsbefund nur in schweren, besonders vorgeschrittenen Fällen, wie wir sie heute fast gar nicht mehr zu sehen bekommen. Überhaupt ist heute der subphrenische Abszeß seltener geworden, und mancher erfahrene Arzt hat noch keinen einzigen Fall beobachtet. Das ist sicher auf die frühzeitige Erkennung und Operation von Appendizitis, Magengeschwür usw. zurückzuführen. Trotzdem soll an die Möglichkeit dieser schweren Erkrankung immer gedacht werden, besonders wenn nach Entzündungen im Bauch-

raum, nach Operation einer eitrigen Appendizitis u. dgl. sich ein remittierendes Fieber einstellt und eine noch so geringe Schmerzempfindung der einen Seite besteht. Man warte in solchen Fällen nicht auf den Eintritt des symptomatischen Pleuraergusses, nicht auf den Nachweis der Leydenschen Perkussionszonen, auf ein kollaterales Ödem der Bauchdecken und auf das Tiefertreten der Leber, sondern greife sofort zu dem wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel, der Röntgenuntersuchung. Sie zeigt die befallene Zwerchfellhälfte besonders hoch in den Thoraxraum vorgewölbt, bei gashaltigen Abszessen die Gasblase an der höchsten Stelle der Zwerchfellkuppel und darunter den horizontalen, bei Lagewechsel sich verschiebenden Flüssigkeitsspiegel des Abszesses. — Die Probepunktion bildet auch heute noch den Schlußstein der Diagnose. Sie soll nur ausgeführt werden, wenn alle Vorbereitungen zur Operation getroffen sind. Man muß sich aber bei der Probepunktion vor Täuschungen schützen. Punktiert man bei vorhandenem symptomatischen-serösen Pleuraerguß, so erhält man ein klares oder nur wenig getrübtes, meist steriles Exsudat. Erst wenn man beherzt mit der Kanüle tiefer, das heißt durch das Zwerchfell sticht, aspiriert man stinkenden, mißfarbenen Eiter. Beim Herausziehen der Nadel aspiriere man fortwährend zur Vermeidung einer Pleurainfektion. Man lasse sich auch die Mühe mehrfachen Einstiches nicht verdrießen, denn einen übersehenen subphrenischen Abszeß bezahlt der Patient fast immer mit dem Leben. Die Fälle spontanen Durchbruchs und Abganges des Eiters durch die Bauchwand, die Bronchien, durch Magen und Darm gehören zu den extremsten Seltenheiten.

Die Therapie kann nur in schleuniger Eröffnung und Ableitung des Abszesses bestehen. Die Art des operativen Vorgehens, ob abdominal oder thorakal, ob extra- oder transpleural, ob mehr vorn, seitlich oder hinten, hängt von Sitz und Ausdehnung des Abszesses ab. Die Mehrzahl der Chirurgen bevorzugt den Weg um den uneröffneten Pleurasack herum. Ausgiebige Rohrdrainage und dementsprechend breite Eröffnung des Abszesses sind unerläßlich. — Die Prognose des Leidens ist stets ernst. Ohne Operation sterben fast 100% der Kranken. Durch die Operation konnte Maydl nach seiner Statistik etwas mehr als 50% retten. Körte 67%. (Klin. Wschr. Nr. 44, 1924.)

Neurologie und Psychiatrie.

Aortitis luetica und Tabes.

Mehrere Publikationen der letzten Zeit befassen sich mit dem Vorkommen von Aortitis luetica bei Tabikern. Frisch glaubte ein selteneres Vorkommen und einen gutartigeren Verlauf der luetischen Aortenerkrankung (und der Aortenklappenfehler, die ja bekanntlich meist auf Lues beruhen) bei Tabikern konstatieren zu können. Kessler (Neurol. Abtlg. d. Versorgungskrankenh., Wien) kommt aber auf Grund seiner Befunde bei 60 obduzierten Tabikern zu folgendem Ergebnis: Rund zwei Drittel aller Tabiker, also viel mehr, als bisher bekannt, erkranken an einer luetischen Aorten- oder Aortenklappenaffektion, und diese Mesaortitis luetica bei Tabikern verläuft nicht anders als die luetische Mesaortitis ohne Tabes. Wenn bei Tabikern manchmal der Verlauf der Aortitis ein milderer zu sein scheint, so ist das zurückzuführen 1. auf die schonende Lebensweise der Tabiker (die Tabes beginnt meist vor dem 40. Lebensjahre und zwingt den Kranken zu größerer Schonung, so daß die erst später einsetzende Mesaortitis weniger progredient ist), 2. auf das rechtzeitige Einsetzen der spezi-

fischen antiluetischen Therapie und 3. auf eine Störung der viszeralen Sensibilität; durch die Hypästhesie haben viele Tabiker geringere subjektive Beschwerden. (Klin. Wschr. Nr. 47, 1924.)

Hirntumor — Operationsresultate.

Prof. Eiselsberg (Wien) hatte unter 410 Fällen, die unter der Diagnose Hirntumor an seiner Klinik operiert wurden, eine Operationsmortalität von 40% (163). 20% wurden dauernd beschwerdefrei, darunter auch solche, bei denen kein Tumor bei der Operation gefunden wurde. Besonders tragisch sind zwei Fälle, die an postoperativer Meningitis starben und auch bei der Obduktion keinen Tumor aufwiesen. Sonst wurde in über 50% aller ergebnislos gesuchten Tumoren ein solcher bei späterer Obduktion doch gefunden. Die Haupttodesursache (50%) war operativer Schock (Vagusparese); zirka 20% starben an Infektion, die übrigen an Pneumonie, Blutung usw. Zur Reduktion der Schockwirkung werden empfohlen: Lokalanästhesie (Tutokain, Novokain) in oberflächlicher Äthernarkose, Resektion der Atlasbögen und Ventrikelpunktion gleich am Beginn der Resektion, Bauchlagerung nach Cushing, genaue Kontrolle von Puls, Blutdruck und Respiration durch eigene Assistenz. Sehr nützlich sind die neuen wasserlöslichen Kampferpräparate (Hexeton und das Präparat Fröhlich des Wiener pharm. Inst.). Bei Blutung und Schock Bluttransfusionen; als Ersatz auch eine 3%ige Lösung von Gummi arab. in Aq. dest. Neu ist das Tabotamp, der resorbierbare Tampon von Kümmel jun. Bei Pneumoniegefahr Kampfer, Adrenalin-O_2-Inhalationen, Thermophor, Expektorantien, Heißluft, Wickel, die amerikanischen wattegefütterten Pneumoniewesten usw. Röntgentherapie in allen Fällen, die manchmal auch bei Inoperabilität, überraschend wirkt.

Die Diagnose basiert auf den Grundsymptomen: Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Stauungspapille. Die Röntgenuntersuchung ergibt oft Schatten des Tumors selbst oder Veränderungen am knöchernen Schädel. Wertvoll ist die Ventrikulographie zur Lokalisation des Tumors (O_2-Füllung vor der Röntgenaufnahme). Leider ist die Methode bei der Labilität der Pat. nicht ungefährlich (sieben Exitus unter 69 Untersuchungen). Trotz allem 40% falsch und nicht lokalisierte Tumoren. Bei Zystenoperation radikale Exkochleation des Zystengrunds, sonst Rezidive. (Vortrag in der Ges. d. Ä. in Wien, ref. W. kl. W. Nr. 46, 1924.)

Über den Kopfschmerz und seine Behandlung

sprach Prof. O. Marburg am XIV. Internat. Fortbildungskurs der Wiener med. Fakultät. Wir heben hervor:

Der rheumatische Kopfschmerz. Plötzlich tritt ein konstanter brennender Schmerz der ganzen Kopfhaut auf, der bei Kopfbewegungen zunimmt. Der Kopf wird daher unbeweglich gehalten, Druck oder Berührung der Kopfschwarte ist schmerzhaft, namentlich an den Muskelansätzen. Die akuten Fälle können so stürmisch verlaufen, daß sie selbst als Meningitis imponieren. Bei längerem Bestande entwickeln sich Knötchen oder Schwielen in Scheitelhöhe, am Hinterhaupt, an den Ansätzen der Mm. cucullares usw. („Schwielenkopfschmerz"). Auslösend wirkt oft plötzliche Abkühlung, z. B. wenn Patient nach Kopfwaschen in der kühlen Jahreszeit mit noch feuchtem Kopf ins Freie tritt. Die akuten Formen heilen bald auf Aspirin (3 bis 4 g täglich); die chronischen erfordern dauerndes Warmhalten des Kopfes (Nachtmütze bei Glatzen), warme Umschläge, vorsichtige Dauermassage der empfindlichsten Stellen bis zur Unempfindlichkeit.

Der syphilitische Kopfschmerz ist oft so heftig, daß Patient am liebsten das Bett hütet. Er kann meningealen Ursprunges sein (Hyperämie der Papille!), oft in den Frühstadien aber auch muskulär oder einseitig neuralgisch; in den Spätstadien können deutliche gummöse Hautinfiltrate heftigste Schmerzanfälle auslösen oder Schwellung des Periosts an den Austrittstellen der Nerven zu neuralgiformen Schmerzen führen. Die lanzierenden Schmerzen der Tabiker können zuerst in der Kopfhaut auftreten.

Therapie: 1 cm^3 einer 3 bis 5%igen Sublimatlösung glutäal kann schon in wenigen Stunden wirken. Spezifische Kuren mit Proteinkörpern parenteral kombiniert. Jodnatrium 3 g täglich oder jeden zweiten Tag 5 cm^3 Mirion oder Yatren-Kasein muskulär.

Neuralgien der Kopfnerven, namentlich die Supraorbital- (= Trigeminus I) und Okzipitalneuralgie. (Druckpunkt etwas hinter und ober dem Proc. mastoideus.) Der Charakter des neuralgiformen Schmerzes ist an- und abschwellend, stechend, bohrend, meist von großer Intensität. Die Neuralgien sind gewöhnlich sekundär (Influenza, Typhus, Syphilis, Malaria, Organerkrankungen usw.). Symptomatische Therapie: Algocratin, Neocratin, Cachet Faivre, Paracodin (1 bis 2 cg), Dionin (2 cg) oder Rp: Veramoni, Acetphenetidini ana 0.3, Coffein. natr. benc. 0.1, Cod. phosph. 0.02 bis 0.03 usw. Bei V-Neuralgien sind gelegentlich Akonitinkuren (Pillen à 0.1 bis 0.2 mg, steigend bis zu zwölf und mehr Pillen täglich, bis Parästhesien in der Hand oder Zunge auftreten), Vakzineurin, Yatren-Kasein, Chlorylen erfolgreich. Eventuell auch Faradisation, Röntgenbestrahlung, d'Arsonvalisation. Na Cl-Injektionen in das Ganglion Gasseri.

Bekannt sind die symptomatischen, meist entsprechend lokalisierten Kopfschmerzen bei Affektionen des Auges, Ohres und der Nebenhöhlen, der Halbseitenkopfschmerz bei Migräne, der Hinterhauptkopfschmerz bei kariösen Prozessen der oberen Halswirbel. Erhöhter Hirndruck, z. B. bei Kraniostenose (frühzeitiger Nahtverknöcherung des Schädels), verursacht einen dumpfen, diffusen, konstanten Schmerz, der bei der Arbeit sich steigert.

Bei Pachymeningitis haemorrhagica interna (Alkoholismus, Trauma, Senium) finden wir Zunahme der Schmerzen beim Gehen, Niesen usw., Nackenstarre (Kernig hingegen im Gegensatz zu Meningitis negativ), positiven Liquorbefund, eventuell Somnolenz. Therapie: Absolutes Alkoholverbot, Jodpräparate.

Die Meningitis serosa verursacht diffuse Kopfschmerzen von wechselnder Intensität, gelegentlich auch Übelkeit, Brechreiz; Liquordruck leicht erhöht, Eiweiß im Liquor vermehrt. Es handelt sich um ein entzündliches Ödem der weichen Hirnhäute bei den verschiedensten Infektionskrankheiten (Typhus, Pneumonie, Influenza, Syphilis, Tbc. usw.), Nephritis, Diabetes, Anämien, auch nach Traumen (jedoch mehr lokalisiert). Therapie: Leichte Hg-Kur, gleichzeitig Jod (Mirion, Yatren-Kasein), wenn die Ursache nicht ganz sicher ist und der Prozeß chronisch verläuft.

Bei jeder infektiösen Leptomeningitis können Proteinkörper parenteral, Lumbalpunktionen, Urotropin (spaltet Formaldehyd im Liquor ab) von Nutzen sein.

Auch beim Hydrozephalus, der bei Kindern nur geringe, bei Erwachsenen hingegen die schwersten, diffuse und konstante Kopfschmerzen verursacht (Diagnose: Röntgen, Ventrikulographie nach Dandy), ist eine milde Hg-Kur und ausgiebig Jod angezeigt; eventuell vorsichtige und sehr langsame Lumbalpunktionen, wochenlang. Hypertonische Na Cl-Lösung (10

bis 30%) per os, rektal oder venös (Cushing) setzt den Druck vorübergehend herab. Ebenso Magnesiumsulphat, 45 bis 90 g auf 200 Wasser per os (45 g) oder rektal (90 g) alle vier Stunden (Fay). Von anhaltenderer Wirkung ist das Epiglandol (Grenzachwerke), drei Tabletten oder eine Injektion täglich, das die Liquorproduktion herabsetzt. Letzteres wird auch in oft überraschender Weise durch Röntgentiefenbestrahlung des Plexus erreicht, die in jedem Falle von hydrozephalem Hirndruck zu empfehlen ist.

Die Migränebehandlung ist noch nicht über die üblichen Antineuralgika-Kombinationen heraus. Manche Kranke helfen sich mit schwarzem Kaffee mit Zitrone. Durch Hygiene, Darmregelung, frische Luft, namentlich im Schlafraume und kochsalzarme Kost kann man manchmal den Anfall hinausschieben.

Der oft überwältigende Tumorkopfschmerz kann nur operativ erleichtert werden, palliativ am besten durch die subtemporale Ventilbildung mit Eröffnung der Dura nach Cushing.

Der vasomotorische Kopfschmerz kann auf dreimal 0.5 g Theobromin oder drei Tabletten Klimasan, durch einige Tage genommen, völlig schwinden. Manchmal wirken Ableitung auf den Darm, wechselwarme Fußbäder mit anschließendem Frottieren besser. Bei hoher Wetterempfindlichkeit (Schirokko!) Klimawechsel, am besten Mittelgebirge (1000 m).

Der Kopfschmerz der Hypertoniker (Arteriosklerose, Hypertension, Schrumpfniere) kann durch Verbot von Alkohol und Nikotin, durch ruhige und geordnete Lebensweise, zeitweise kleine Joddosen und Diuretin (1 g JNa oder zwei Tabletten Sajodin und zweimal ½ g Theobromin pro die) gebessert werden.

Beim neurasthenischen Kopfschmerz vernünftige Arbeitshygiene, frische Luft, Urlaube, tonisierendes Regime (As, Fe, Elarson, Astonin, Syr. hypophosphit Fellow, Egger-, Hellsyrup usw.). Sedativ:

Rp: Natr. brom. 10.0
Codein. phosphor. 0.2
Extr. acquosi e rad. Valerian. 3.0 auf 150.0 zwei- bis dreimal täglich einen Eßlöffel in Wasser nach dem Essen.

(W. m. W. Nr. 41, 44, 46 und 48, 1924.)

Nichtoperative Reduktion erhöhten Hirndruckes.

Deutlich erfolgreich, auch wenn es sich nicht um Lues handelt, sind manchmal nach Prof. O. Marburg fortgesetzte große Joddosen, mindestens 3 g JNa pro die, unterstützt durch 0.1 Thyreoidintabletten täglich, das auch dem Jodismus entgegenwirkt, und eventuell auch durch Theobrominpräparate. Dies erklärt auch, daß in der Literatur immer wieder Fälle von Heilung von Hirntumoren durch Jod auftauchen.

Die Osmotherapie (30% NaCl-Lösung per os, rektal oder venös; Magnesiumsulfat, 90 g auf 150 g Wasser, rektal) ist nur bei erhöhtem Flüssigkeitsdruck (nicht bei vermehrter Hirnmasse) von ganz kurzer Wirkung. Desgleichen die Liquorpunktion.

Dagegen hat Marburg seit Jahren mit dem Epiglandol (Hoffmann-La Roche) (zwei bis drei Tabletten täglich), namentlich bei Epilepsie (in Kombination mit Luminal) gute Erfahrungen gemacht. Es setzt nicht nur den Hirndruck, sondern auch die Neigung zur Masturbation herab, die bei jugendlichen Epileptikern die Anfallsbereitschaft steigert. Auch bei Tumoren, idiopathischem Hydrozephalus usw. wird durch Epiglandol der Liquordruck beträchtlich für längere Zeit reduziert.

Ganz ausgezeichnet wirkt oft schließlich selbst in verzweifelten Fällen (Hirntumor usw.) die Röntgentiefentherapie mit Bestrahlung der Plexus chorioidei (zwei seitliche Felder, bzw. zwecks Vermeidung des Haarausfalles zwei Felder vom Unterkiefer aus, ein bis zwei Stirnfelder, eventuell ein Hinterhauptfeld mit je 8 H durch 0.1 mm Zn + 4 mm Al-Blende; eventuell nach acht Wochen wiederholt). Sie zeigte sich insbesondere auch erfolgreich bei den hartnäckigen, dumpfen, oft überwältigenden, diffusen Kopfschmerzen, die gelegentlich mit Übelkeit und leichtem Schwindel, jedoch ohne Erbrechen, ohne Stauungspapille oder sonstigen Nervenbefund einhergehen, meist seit Jahren, selbst seit der Kindheit bestehen und vielfach erst röntgenologisch als durch leicht erhöhten Hirndruck bedingt Aufklärung finden. (W. kl. W. Nr. 40, 1924.)

Paralyse und Malariabehandlung in den Tropen.

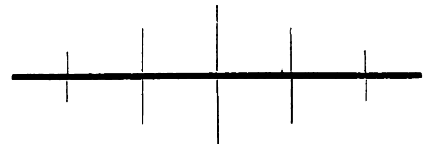
Interessante Statistiken und Versuche veröffentlichen Kirschner und van Loon (Batavia). Über die Häufigkeit der Paralyse in den Tropen bestehen verschiedene Angaben; manche erklären dieses Leiden für eine Seltenheit in den Tropen, was andere Autoren bestreiten. Die Verfasser fanden tatsächlich bei den Europäern in den Tropen dreimal so häufig Paralyse als bei den Eingeborenen, obwohl die Syphilis bei den letzteren viel häufiger ist. Zur Erklärung dieser Erscheinung kann man die Annahme eines neurotropen Virus nicht heranziehen, weil hier die Infektionsquelle für Eingeborene und Europäer die gleiche ist. Eher paßt schon die Erklärung, daß sich bei den Eingeborenen die Lues „mehr in den Hauterscheinungen auslebe". Jedoch waren auch sämtliche zur Behandlung gekommenen Paralytiker gänzlich unbehandelt. Wahrscheinlich ist aber nach unseren heutigen Kenntnissen von der Wirkung der Malaria auf die Paralyse auch die Häufigkeit der Malaria und des Typhus in den Tropen zur Erklärung des selteneren Vorkommens der Paralyse und des fast gänzlichen Fehlens der Tabes dortselbst heranzuziehen. — Als die Verfasser daran gingen, in den Tropen die Paralyse mit Malariaeinimpfung zu behandeln, stießen sie auf eine unerwartete Schwierigkeit. Die meisten Kranken waren gegen Malaria immun. Trotz intravenöser Einverleibung plasmodienhaltigen Blutes erkrankten die Geimpften gar nicht oder sterilisierten sich meist nach wenigen schwachen Fieberanfällen von selbst. Man wird daher für die Paralysebehandlung in den Tropen nach einem anderen einzuimpfenden Virus Ausschau halten müssen. Die wenigen (vier) Fälle, bei denen die Malariaimpfung gelang, wurden außerordentlich günstig beeinflußt; zwei von ihnen konnten bald aus der Anstalt entlassen werden. (Klin. Wschr. Nr. 44, 1924.)

Chirurgie.

Gesichtsfurunkel und Nackenkarbunkel — Behandlung.

Berndt lehnt die in jüngster Zeit wiederholt empfohlenen Eigenblutinjektionen in die Umgebung des Krankheitsherdes, wie auch andere, z. B. anästhesierende solche Injektionen als gefährlich ab und belegt dies durch ein Beispiel aus seiner Praxis. Er plaidiert vielmehr bei Gesichtsfurunkeln für die Röntgentherapie, die gute Erfolge hat. Nackenkarbunkel werden über der Mitte des Herdes ausgedehnt quer inzidiert, hierauf folgen

senkrechte Längsschnitte, die alle in gesunder Haut beginnen und endigen (siehe Schema). Die so gebildeten Hautlappen werden bis ins Gesunde hinein zurückpräpariert, worauf der Karbunkel so von der Unterlage abgetrennt wird, daß der Trennungsschnitt überall in gesunder



Muskulatur verläuft. Blutstillung, Tamponade, Verband. Nach acht Tagen Entfernung der Tamponade. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 49, 1924.)

Über 47 im Spital behandelte Fälle von Milzbrandkarbunkel berichtet Pozzato. Es handelte sich fast stets um Männer, die infolge ihrer beruflichen Tätigkeit sich infiziert hatten. Lokalisation: zumeist Arm oder Hand, dann Kopf oder Hals. Vielfach fehlte Temperaturerhöhung. Die Behandlung war konservativ. Nekrotische Stellen wurden vorsichtig entfernt und antiseptische Verbände angewendet. Regelmäßig wurde Milzbrandserum eingespritzt, in schweren Fällen venös. 21% Mortalität. (Osped. magg. V. 1924. Refer. Ztrlbl. f. Chir. Nr. 48, 1924.)

Die künstliche Zwerchfellähmung

durch die Phrenikusexairese am Halse kommt nach Dozent A. Brunner (Klinik Sauerbruch, München) als selbständiger Eingriff bei vorwiegend einseitiger Lungentbc. vor allem bei umschriebenen Erkrankungen des Unterlappens in Frage, namentlich dann, wenn bei einer chronischen zirrhotischen Tbc. vorwiegend des Oberlappens eine fortschreitende exsudative Aussaat in den unteren Teilen auftritt. Der Eingriff bewirkt durch dauernden Zwerchfellhochstand eine Einengung der unteren und weitgehende Ruhigstellung der ganzen Lunge und ist besonders dann angezeigt, wenn ein Pneumothoraxversuch wegen Verwachsungen mißlungen ist.

Sauerbruch verwendet die Phrenikoexairese hauptsächlich zur Funktionsprüfung der anderen Lunge, wenn auf der schlechteren Seite eine Thorakoplastik gemacht werden soll. Führt schon die Zwerchfelllähmung dieser Seite durch die Mehrleistung zur Verschlechterung der anderen oder gar des Allgemeinbefindens, so muß von der Thorakoplastik abgesehen werden. Diese wird grundsätzlich mit der Phrenikoexairese verbunden, um die Einengung zu steigern. Auch beim künstlichen Pneu ist die Kombination angezeigt, wenn im Bereich der Lungenbasis Verwachsungen bestehen und die Nachfüllung nicht unter starkem Druck erfolgen muß.

Die Entspannung der Lunge durch die Zwerchfellähmung kann schließlich Herzstörungen und Verziehungen des Mediastinums beseitigen, die bei schrumpfenden Prozessen durch Narbenzüge hervorgerufen werden. (Die Ther. d. Gegw., November 1924.)

Mastitis — konservative Behandlung.

Nach Rucker sind die radiären Inzisionen unnötig, entstellend und beeinträchtigen die Milchabsonderung. Besser ist die Punktion des Abszesses, Aspiration des Eiters und Kompressionsverband. Die Aspiration ist alle vier bis sechs Stunden zu wiederholen, bis kein Eiter mehr kommt; hierauf Biersche Stauung. Kleine Abszesse heilen unter dieser Behandlung

in einer Woche aus. Nach der Aspiration des Eiters kann die Abszeßhöhle mit 2%iger Mercurochromlösung gespült werden. (Journ. of th. americ. med. assoc. Bd. 82, 1924.)

Auch aus Polen (S. Laskownicki) kommt ein günstiger Bericht über die konservative Mastitisbehandlung, und zwar mit Delbet-Vakzine-Einspritzungen (intramuskulär), eventuell kombiniert mit obiger Lokaltherapie. Statt der Mercurochromlösung wendet Laskownicki Kochsalzspülung, bzw. Solutio jodico-jodata an. (Polsk. gaz. lek. 1923. Refer. Ztrlbl. f. Chir. Nr. 41, 1924.) (Beide Verfahren eignen sich weniger für den Landarzt als für den Stadtarzt, bzw. für Heilanstalten. — Ref.)

Operationsmesser — Sterilisierung.

Nach Babcock bleibt die Schärfe der Messer erhalten, wenn man sie vor dem Kochen in folgende Lösung taucht: Rp. Liquoris Cresoli compos. 5, Glycerini puri 95. (M. Kl. 1924. Refer. Ztrlbl. f. Chir. Nr. 50, 1924.)

Über die chirurgische Behandlung der Phlebitis der unteren Extremitäten

referierte Prof. K. Büdinger im Rahmen der Wiener Seminarabende (29. September 1924). Die lokalisierte Phlebitis betrifft meist variköse Venen; die aszendierende Ph. hingegen als Folge einer Allgemeininfektion oft auch ganz normale Venen. Die häufigste Form, die durch ihren protrahierten, unsicheren, häufig rezidivierenden Verlauf dem Arzt die größten Sorgen bereitet, ist die subakute Ph. mit abgegrenzten Thrombosen einzelner Venenteile. Gerade diese Form kann durch rechtzeitige Operation kupiert werden. Man operiert dann am besten, wenn die Abgrenzung als abgeschlossen zu betrachten ist, das heißt gewöhnlich nach 14 Tagen. Der einfache Eingriff kann wohl von jedem Praktiker durchgeführt werden. Die Reinigung geschieht nur mit Benzin, Waschung kann schädlich wirken, Jodtinktur ist wegen Empfindlichkeit der Haut nicht zu empfehlen. In die sicht- und fühlbaren Infiltrate, namentlich in die thrombosierten Knoten werden unter leichter Kurznarkose durchgreifende Inzisionen von ½ bis 1½ cm Länge gemacht. Manchmal sind 20 bis 30 derartiger kurzer Einschnitte notwendig. Mit einem Löffel werden die Thromben herausgehoben (nicht ausgekratzt); durch leichten Druck entfernt man die benachbarten Gerinnsel. Oft findet man, daß Venenstücke sequestriert sind und entfernt werden können, und viel häufiger als man glauben würde entleert sich eitriges Sekret. Die Wunden legen sich, wenn keine Eiterung vorhanden war, ohne Naht so aneinander, daß sie meist nach acht Tagen verheilt sind. Patient kann schon am nächsten Tage unbesorgt aufstehen. Die Emboliegefahr ist bei der aszendierenden Ph. viel größer; doch hat sich die Unterbindung der V. saphena nicht bewährt. (Ref. W. kl. W. Nr. 41, 1924.)

Solästhinrausch — Erfahrungen.

Mit dem neuen Narkosemittel Solästhin (Firma Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M.) hat Mensch (Chir. Univ.-Poliklinik, Leipzig) bei 500 poliklinischen Operationen Versuche angestellt; es handelte sich um Inzisionen, Einrenkung von Luxationen, Gipsung von Frakturen usw. Auch zur Einleitung der Vollnarkose eignet sich das Mittel und scheint ungefährlicher als Chloräthyl und Chloroform und wirksamer als Äther zu sein. Das Solästhin wird in braunen Flaschen zu 100 cm³ geliefert, hat einen chloroformähnlichen Geruch und ist stabil, so daß auch angebrochene Flaschen aufgebraucht werden können; es ist nicht feuergefährlich; vor Sonnenlicht ist es geschützt aufzubewahren. Auf die Schimmelbuschsche

Maske oder auf achtfach zusammengelegten Mulltupfer wird das Präparat langsam aufgetropft, etwa ein bis zwei Tropfen pro Sekunde. Bei zu schnellem Auftropfen tritt Exzitation ein, die immer vermieden werden muß. Zeigen sich Zeichen von Exzitation, so ist die Maske zu entfernen und erst wieder bei Anzeichen von Erwachen Solästhin aufzutropfen. Ist die Analgesie eingetreten, so genügen minimale Dosen von Solästhin, um den Rausch längere Zeit aufrecht zu erhalten (protrahierter Solästhinrausch). Das Mittel wurde von jungen wie von alten Patienten beiderlei Geschlechtes gut vertragen. Zum Eintritt der Analgesie brauchen Erwachsene etwa 80 bis 100, Kinder 40 bis 60 Tropfen. Nach dem Erwachen zeigt sich hie und da Kopfschmerz und Schwindel, doch gehen diese Erscheinungen schnell vorüber. Zu Dauernarkosen hat Verfasser das Solästhin bisher nicht verwendet. (D. m. W. Nr. 47, 1924.)

Tetanus nach einem Hahnenbiß

beobachtete Connerth (Greifswald) bei dem zweieinhalbjährigen Kinde eines Gärtners. Da in der Gärtnereierde sich massenhaft Tetanusbazillen finden, ist die Übertragung durch den Schnabel des Hahnes leicht erklärlich. Man wird an solche Möglichkeit denken und bei Verletzungen durch Hühner und andere Haustiere die prophylaktische Tetanusbehandlung vornehmen müssen. (D. m. W. Nr. 52, 1924.)

Zur Vermeidung der Transfusionsschäden

(Agglutination, Hämolyse) hat sich nach Moritsch und Neumüller (W. kl. W. Nr. 28, 1924) an der Klinik Eiselsberg in Wien die vom Amerikaner Moß angegebene Bestimmung der Blutgruppen zur Auswahl des Spenders als einfache und zuverlässige Probe bewährt, die von Prof. Clairmont in Deutschland eingeführt wurde. Je nach dem Verhalten des Empfängerblutes mit dem Blute anderer Menschen unterscheidet Moß vier Gruppen: Gruppe I: Die Erythrozyten werden in jedem anderen Serum agglutiniert oder hämolysiert. Das Serum dieser Gruppe schädigt die E. der anderen nicht (Universalempfänger). Gruppe IV: Die E. bleiben in allen Seris unverändert. Das Serum agglutiniert (hämolysiert) die E. aller anderen Gruppen. (Universalspender.) Gruppe II: Die E. werden vom Serum III und IV agglutiniert (hämolysiert); das Serum agglutiniert (hämolysiert) die E. III und I. Gruppe III: Die E. werden vom Serum II und IV agglutiniert (hämolysiert), das Serum agglutiniert (hämolysiert) die E. II und I. Das Moßsche Serum ist unter dem Namen Haemotest im Wiener Serotherapeutischen Institute erhältlich (Gebrauchsanweisung beiliegend). Die einfache Technik ermöglicht es jedem Praktiker, sich sofort zu überzeugen, ob das Blut des Spenders zur Transfusion geeignet ist.

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Dammschutz.

Von Prof. W. Hannes (Breslau).

Wenn bei der Mehrgebärenden der Kopf auf der Höhe der Wehe in der klaffenden Vulva sichtbar wird, oder wenn bei der Erstgebärenden der Kopf auch in der Wehenpause sichtbar bleibt, ist alles zum Dammschutz vorzubereiten. Verfasser bevorzugt den Dammschutz in Rückenlage, weil man dabei die Herztöne weiter beobachten kann, und weil bei Seitenlage

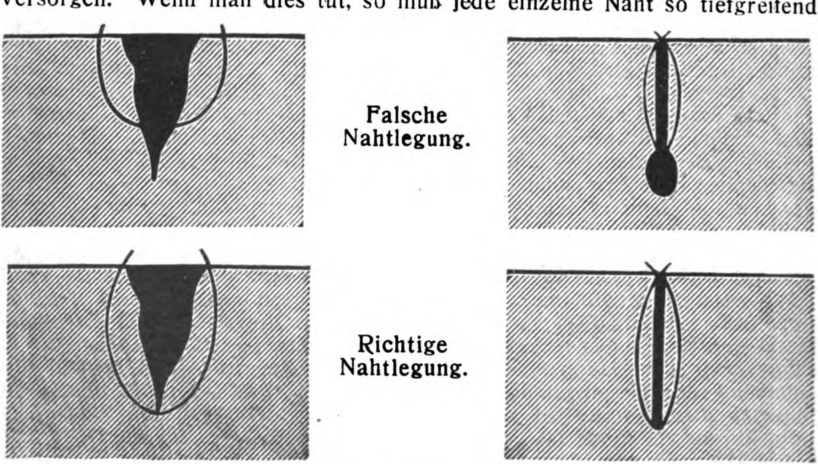
durch das Zurücklagern nach der Geburt eventuell Luftembolie entstehen kann. — Das sogenannte Stützen oder Entlasten oder Entspannen des Dammes mit der Hand ist unnötig, ja falsch. Die linke Hand des Dammschützenden drückt während der Wehe das aus der Vulva heraustretende Kopfsegment so lange leicht nach abwärts, bis das Hinterhaupt die Rotation um die Symphyse vollendet hat, bis das Hinterhaupt also vollständig geboren ist und die beiden Scheitelhöcker sich aus der Vulva entwickelt haben. Jetzt erst darf allmählich das Vorderhaupt über den Damm treten, und auch jetzt muß aber die das geborene Kopfsegment umfassende und haltende linke Hand ein zu starkes Mitpressen durch Gegendruck paralysieren und ein ganz allmähliches langsames Durchtreten gewährleisten. Um zu starkes Mitpressen der Kreißenden zu verhindern, werden die etwa bis zum Durchschneiden des Kopfes während der Preßwehen benützten Handhaben entfernt und außerdem durch Atmenlassen bei offenem Munde während der Wehe, bzw. durch Zählen während der Wehe die Bauchpresse jetzt im kritischen Moment des Durchtretens des größten Kopfdurchmessers ganz ausgeschaltet. Man läßt jetzt den Kopf mit seinem Durchtrittsplanum — am besten bei völligem Eintritt einer Wehenpause — unter ganz leichtem Mitpressen der Kreißenden allmählich austreten. Oder aber man kann jetzt den „Hinterdammgriff" nach Ritgen-Olshausen anwenden, jedoch nur in der Wehenpause, ohne jegliches Mitpressen seitens der Kreißenden und bei genügend gedehntem und keineswegs etwa extrem gespanntem Damm. Keinesfalls darf bei der Hinterhauptlage dieser Handgriff ausgeführt werden, ehe das Vorderhaupt geboren ist, ehe also die Stirnhaargrenze am Damm steht. Zur Ausführung dieses Handgriffes stülpt die rechte Hand die Haut des Hinterdamms am Kinn des Kindes ein. Während gleichzeitig die linke Hand weiter den geborenen Kopfteil haltend liegen bleibt, schiebt die rechte am Hinterdamm gewissermaßen eingehakte Hand den Kopf langsam vulvawärts in die Höhe. Sowie die Stirnvorwölbung über den Damm gegangen ist, ist keine weitere Dehnung oder Spannung der Dammgebilde nötig. Der Damm zieht sich jetzt zusammensinkend über das Gesicht des Kindes zurück, dieses nunmehr auch freigebend, und der Kopf ist ganz geboren.

Die freie rechte Hand des Dammschützenden sorgt durch Betupfen oder noch besser durch Berieseln mittels ausgedrücktem Wattebausches für Reinigung des Dammes von Blut, Schleim und Fäkalien, so daß man den Damm stets beobachten kann. Erweist sich der Damm bei dieser Beobachtung gut durchblutet, dann ist kein Dammriß zu fürchten. Wird der Damm dagegen bläulich-blaß oder gar weiß, so ist prophylaktisch die Episiotomie anzulegen. Während der Wehenspannung wird mittels einer zwischen dem andrängenden Kopf und dem gedehnten Damm eingeführten scharfen geraden oder knieförmigen Schere der Damm mit einem schnellen Scherenschlage 2 bis 3 cm weit eingeschnitten, was kaum als Schmerz empfunden wird. Verfasser bevorzugt die mediane Episiotomie in der Raphe des Dammes, weil ein am maximal gedehnten Damm in der Mittellinie vom Frenulum ausgeführter Schnitt meist erst in etwa 4 cm Tiefe auf das Centrum tendineum, das heißt auf fasziale Gebilde trifft, während der bei etwa 3 cm Schnittiefe erzielte zirkuläre Raumzuwachs meist schon ausreicht. Weiterhin bietet die an sich festere und widerstandsfähigere Raphe des Dammes mehr Gewähr dafür, daß der Schnitt nicht weiter reißt, wie es gar nicht selten bei seitlichen Einschnitten geschieht.

Der Dammschutz kann von der Hebamme gemacht werden, die hierin oft größere Übung hat als der Arzt. Dieser richtet dann sein Augenmer' mehr auf die kindlichen Herztöne und auf die etwaige Narcose à la reir

Die Episiotomie darf natürlich nur vom Arzt gemacht werden. Übrigens ist die Episiotomie nicht nur zur Verhütung eines Dammrisses angezeigt, sondern auch zum Zwecke schnelleren Austretens des Kopfes bei drohender Asphyxie des Kindes während des Durchschneidens.

Ein doch entstandener D a m m r i ß ist möglichst unmittelbar nach der Geburt zu nähen, und zwar Schicht für Schicht. Zunächst wird, am obersten Scheidenwundzipfel beginnend, mit tiefgreifenden Nähten das Scheidenrohr wieder hergestellt. Darauf folgt die Naht der Dammwunde, und zwar am besten so, daß zunächst mit tiefgreifenden versenkten Nähten in ein bis zwei Schichten die Muskeln und Faszien des Dammes genau vereinigt werden. Schließlich erfolgt die Vereinigung der Haut des Dammes mit isolierter Nahtreihe. Manche Geburtshelfer empfehlen dem Praktiker den Damm nur mittels einer sämtliche Schichten fassenden Nahtreihe zu versorgen. Wenn man dies tut, so muß jede einzelne Naht so tiefgreifend



gelegt werden, daß mit ihr wirklich die Dammwunde bis zur tiefsten Schicht, in die sie reicht, gefaßt und unterstochen wird. Sonst kommt es zur Bildung von toten Räumen, die sich mit Blut und Wundsekret füllen und Infektionsträger werden können, und außerdem liegen sonst die Schichten nicht korrekt aneinander, und es kommt zum Klaffen oder zur Funktionsstörung der Muskeln. Die obenstehenden Bilder (Figur 554 aus Stöckels Lehrbuch, II. Auflage, bei Fischer 1923) illustrieren die falsche und richtige Nahtlegung. (D. m. W. Nr. 50. 1924.)

Koitusverletzungen.

Scheidenzerreißungen intra coitum wurden oft beschrieben. N e u g e b a u e r hat allein über 150 Fälle der Literatur zusammengestellt. Die meisten Autoren kommen zu dem Ergebnis, daß man gegenüber der Angabe solcher Verletzungen recht skeptisch sein müsse. Bei genauerem Nachforschen stellt es sich sehr häufig heraus, daß die Zerreißung nicht durch den Penis, sondern von sexualpathologischen Individuen durch den eingeführten Finger oder eingeführte Instrumente gesetzt wurde. Immerhin kommen vollständige Zerreißungen des Scheidengewölbes durch die Immissio penis vor, und zwar fast ausnahmslos auf der rechten Seite. Die Erklärung scheint darin zu liegen, daß — wie viele Beobachter bestätigen —

der erigierte Penis bei den meisten Menschen nach links abweicht. (Bekanntlich steht bei den meisten Männern der linke Hoden tiefer als der rechte. — Ref.) — Die Therapie solcher Scheidenverletzungen intra coitum besteht natürlich in der Naht. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 51, 1924.)

Die Gefahren der manuellen Plazentalösung.

Die manuelle Plazentalösung ist nicht selten die einzige Operation, die das Leben der Gebärenden retten kann. Ihre Gefahren werden nun in den Publikationen der letzten Jahre sehr verschieden bewertet. Manche Autoren berichten über 13% und mehr Mortalität, andere hatten 0.5% oder gar keine Todesfälle. Sehr richtig hat schon Baum darauf hingewiesen, daß ja nicht alle Todesfälle nach manueller Plazentalösung auf das Konto dieser Operation zu buchen sind. Oft sind andere Operationen vorangegangen, oft bestand schon vor dem Eingriff septisches Fieber, und (was das Wichtigste ist) oft wird die manuelle Plazentalösung an der schon ganz ausgebluteten und nicht mehr widerstandsfähigen Frau vorgenommen. Wenn man diese Umstände in Betracht zieht, wird man ienen Autoren recht geben, welche die Gefahren der rechtzeitig und unter strengster Asepsis ausgeführten manuellen Plazentalösung nicht sehr hoch veranschlagen. Besonders günstige Resultate sind natürlich bei Vornahme des Eingriffes in der Klinik zu erzielen (Strecker hatte 0% Mortalität, ebenso Ulinsky)

Sacharow (Frauenklinik. Odessa) berichtet über 99 manuelle Plazentalösungen und rät dem Praktiker: Die manuelle Plazentalösung ist ein Eingriff, der immer irreparablen Schaden stiften kann und daher nur dann anzuwenden, wenn die anderen Methoden (Credé in Narkose, Gabaston) versagt haben. Strengste Asepsis ist peinlichst zu beachten und der Eingriff womöglich im Krankenhause vorzunehmen. Andererseits ist mit dem einmal notwendigen Eingriff nicht zu lange zuzuwarten, denn die starke Ausblutung schwächt die Widerstandskraft gegen eine Infektion erheblich. Der einzige Todesfall, der bei seinem Material vorkam, wäre vielleicht bei früherer Vornahme der manuellen Plazentalösung zu vermeiden gewesen. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 45, 1924.)

Menstruationsdauer und fötale Entwicklung.

Cuzzi und Revelli haben die Behauptung aufgestellt, daß Frauen mit längerer Menstruationsdauer im allgemeinen stärker entwickelte Kinder gebären. Untersuchungen von Szenes und Mondré (I. Univ.-Frauenklinik. Wien) scheinen diesen Zusammenhang zu bestätigen. Sie fanden tatsächlich bei Zusammenrechnung einer großen Zahl gesunder Frauen, daß einer längeren Menstruationsdauer der Mütter durchschnittlich längere und schwerere Kinder entsprechen. Als Erklärung vermutet man die Retention von größeren Mengen für den Fötus nützlicher Nährstoffe, die bei solchen Frauen sonst durch die lange Blutung ausgeschieden und nun in der Schwangerschaft zurückbehalten werden. Man kann aber auch annehmen, daß konstitutionell bei Frauen mit langdauernder Menstruation eine Art Hyperfunktion der Ovarien, bzw. des Corpus luteum besteht. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 39, 1924.)

Sollen wir bei Myomen bestrahlen oder operieren?

Prof. J. Halban (Wiener Seminarabend, Oktober 1924): Unbedingt zu bestrahlen sind jene Fälle, bei welchen Operationsschock und Narkose wegen Herz-, Lungen- oder Nierenkomplikationen u. dgl. vermieden werden müssen, ferner Frauen zwischen 42 und 45 Jahren, wenn die Blutungen regelmäßig nur im Menstruationstypus auftreten; unbedingt zu operieren

sind Riesenmyome, submuköse Myome mit Polypenbildung und alle jene Fälle, bei welchen nicht nur die Blutungen, sondern auch Druckschmerzen durch den Tumor, Nekrose, Fieber, Adnexitis, rapides Wachstum (Verdacht auf Malignität), gleichzeitige Gravidität vorhanden sind und wenn bei letz--eren ein Eingriff überhaupt indiziert ist. Rationeller ist die Operation bei Frauen unter 42 bis 44 Jahren. Je jünger und nervöser die Frau, desto schwerer die Ausfallserscheinungen nach Röntgenkastration. Auch bei älteren Frauen ist die Bestrahlung abzulehnen, wenn atypische Blutungen bestehen, weil man dann niemals sicher weiß, ob sich nicht neben dem Myom ein maligner Tumor findet. Bei Metropathien kann man sich gegen diese Gefahr durch ein Probekürrettement schützen, das bei Myomen oft undurchführbar ist.

Autor hat 423 Fälle von Myomen, bzw. Metropathien operiert, und zwar 35 wegen besonderer Komplikationen abdominell totalexstirpiert, 134 supravaginal amputiert (Mortalität 1.5%) und 254 ohne Todesfall vaginal totalexstirpiert; Gesamtmortalität somit 0.5%. Die Ansicht, beim Röntgenverfahren sei die Mortalität Null, ist unrichtig, da nicht selten später ein Krebs auftritt und 3 bis 4% der Myome später sarkomatös entarten, die Mortalität somit mit mindestens 2% eingeschätzt werden muß.

Selbstverständlich ist man bei Myomen so konservativ als nur möglich, doch wird man bei hochgradigen Beschwerden, Blutungen o. dgl. auch trotz Nähe des Klimakteriums eingreifen, da die Menopause bei Myom erst im 53. Lebensjahre und noch später eintreten kann. (W. kl. W. Nr. 43, 1924.)

Pädiatrie.

Die intrakutane Blatternimpfung

(siehe „Ars Medici" 1923, S. 515) hat sich nach Prof. C. Leiner (Wien) seit über vier Jahren gut bewährt. Die Impfreaktion läuft, von der Epidermis gedeckt, sichtbar in der Haut ab und hinterläßt keine Narben; das Allgemeinbefinden ist bis auf eine leichte Temperaturerhöhung fast gar nicht gestört; die verschiedenen Impfschäden (Infektion der Vakzinepustel, Übertragung der Lymphe vor allem auf das Auge mit eventuell folgender Narbenbildung und Herabsetzung der Sehschärfe, Eczema vaccinatum usw.) werden namentlich auch bei Hautkranken (Ekzem, Strophulus, Prurigo) mit Sicherheit vermieden. Der Impfschutz ist derselbe wie bei der üblichen Methode. Kinder, die vor mehreren Jahren intrakutan geimpft wurden, verhalten sich bei einer Revakzination genau so wie die Kutangeimpften.

Man verdünnt 0.1 Lymphe mit 3 cm³ abgekochten Wassers (= 1 : 30) und injiziert davon mittels anderer Nadel (die Nadel darf mit Lymphe nicht benetzt sein, da sich sonst an der Einstichstelle eine Impfpustel entwickelt) 0.1 bis 0.2 cm³ intrakutan. Die Nadel muß mindestens 1 cm weit unter der oberflächlichsten Hautschichte vorgeschoben werden, so daß eine deutliche, etwa linsengroße Hautquaddel entsteht. Nach 24 Stunden entsteht ein ebenso großes gerötetes Infiltrat, das nach zwei bis drei Tagen wieder schwindet (Primärreaktion). Zwischen dem 8. und vierzehnten Tag (je nach der Virulenz der Lymphe) entsteht neuerlich ein rundliches, derbes Infiltrat (Hautreaktion), das in drei Tagen 2 bis 3 cm Durchmesser erreicht, sich einige Tage mit einer mehrere Zentimeter breiten, roten Zone umgibt (Area) und allmählich, eventuell erst in Wochen wieder völlig schwindet.

Injiziert man zu oberflächlich, so kann es zur Entwicklung eines Bläschens oder einer Fistel kommen, die mit einer kleinen, punktförmigen, eingezogenen Narbe abheilt.

Bei intrakutaner Impfung von bereits Geimpften entsteht schon nach 24 Stunden ein teigiges Infiltrat mit Area, das sich in wenigen Tagen wieder rückbildet. (Frühreaktion). (Seuchenbekämpfung, H. 3/4, 1924.)

Kindertetanie — Quarztherapie.

Falkenhaim und György berichteten über die Resultate der Behandlung der kindlichen Tetanie mit Höhensonnebestrahlung. (Jahrbuch f. Kinderhk., Bd. 107, S. 201, Heidelberger Universitäts-Kinderklinik.)

Durch Höhensonnebestrahlungen kann eine latente Tetanie zu einer manifesten werden. Wohl wird die rachitische Stoffwechselstörung durch die Bestrahlung günstig beeinflußt, aber als alleinige Behandlung für die Spasmophilie genügt sie nicht. Die Autoren empfehlen also neben der Bestrahlung bis zum Verschwinden der manifesten Tetanie die Salmiaktherapie und dann eine Kalktherapie.

Über die Anfangserscheinungen der kindlichen Tuberkulose

hielt Engel (Dortmund) ein Referat auf dem Verhandlungstag deutscher Tuberkulose-Ärzte: Wir wissen heute, daß der Anfangssitz der kindlichen Tbc. meist in der Brusthöhle zu suchen ist. Der Primärherd in der Lunge und die damit in Verbindung stehende Erkrankung der bronchialen Lymphknoten ist die typische anatomische Form der kindlichen Erstinfektion. Die Erscheinungen, die vom Primärherd ausgehen, sind meist so unbeträchtlich, daß sie für die Diagnosestellung keinen Wert besitzen. Fieber oder subfebrile Temperaturen sind möglich, aber durchaus nicht konstant und nicht charakteristisch. Andere Allgemeinzeichen der tbc. Infektion, wie Schweiße, schlechtes Aussehen, Appetitlosigkeit, sind wohl nur aus der Analogie mit der Tbc. Erwachsener erschlossen; praktische Bedeutung für Diagnose der kindlichen Tbc. haben sie nicht. Die Beeinflussung des Körpers durch die Tbc.-Infektion kommt sinnfällig nur in der allergischen Umstimmung (Pirquetsche Reaktion) zum Ausdruck.

Weder der Primärherd noch die Beeinflussung des gesamten Organismus können also zur Diagnosestellung herangezogen werden. Wir müssen uns an die Folgeerscheinung der Primärinfektion, an die Bronchialdrüsenschwellung, halten. Erreicht die Vergrößerung der Lymphknoten ein ungewöhnliches Maß und kommt es zur Bildung beträchtlicher Tumoren, so werden natürlich alle Zeichen mediastinaler Tumorbildung ausgelöst werden können. Schwieriger ist aber die Erkennung in den häufigeren Fällen von mäßiger Vergrößerung und Verkäsung der bronchialen Lymphknoten. Die Untersuchungen des Verfassers haben gezeigt, daß je jünger das Kind ist, in um so umfangreicherem Maße die Lymphknoten beider Seiten ergriffen werden. Mit zunehmendem Alter beschränkt sich die Infektion immer mehr auf das unmittelbare Quellgebiet des Primärherdes und die Lymphknoten sind klein, auch wenn sie frisch verkäst sind. Der Nachweis der Bronchialdrüsentbc. ist also um so seltener möglich, je älter das Kind ist. Am günstigsten sind die Bedingungen im Säuglings- und frühen Kleinkindesalter. Im Schulalter sind umfangreichere Erkrankungen der Lymphknoten die Ausnahme.

Welche klinisch nachweisbaren Symptome kann nun die Bronchialdrüsentbc. hervorrufen? Durch Kompression der Trachea und der Bronchien kann es zu dem exspiratorischen Keuchen und dem hochklingenden Husten kommen, sicheren Zeichen der Bronchialdrüsen

tbc., die aber nur bei ganz jungen Kindern vorkommen. Von sonstigen unmittelbaren Kompressionszeichen kommt am ehesten noch die Behinderung der Zirkulation in den großen Venenstämmen in Frage. Verengerung des Abflusses, welcher sich äußerlich in größerer Füllung der Hautvenen an den Armen und an der Brust dokumentiert, kommt vor. Bei nicht sehr großer Stauung wird der Rückschluß auf die auslösende Ursache unsicher bleiben. Immerhin, verstärkte Venenzeichnung ist zu beachten. Die Beeinträchtigung der Trachea kann sich auch in dem in den letzten Jahren oft besprochenen Zeichen von D'Espine („Ars Medici" 1923, S. 65) dokumentieren. Gröbere, die Trachea einengende Bronchialdrüsenerkrankungen kommen aber nur bei ganz kleinen Kindern vor, und gerade bei diesen ist die Prüfung des D'Espineschen Zeichens so gut wie unmöglich. Eine Dämpfung im Bereiche der Lunge ist sicher häufig vorhanden und unter günstigen Umständen durch die Wirbelsäuleperkussion auch nachzuweisen; doch ist die Methode für die Praxis viel zu fein und erfordert geradezu eine virtuose Technik. Am ehesten gelingt der perkutorische Nachweis einer Dämpfung noch vorn rechts oben neben dem Sternum, aber gerade hier kommen größere Lymphknoten recht selten vor.

Da so der klinische Nachweis der Bronchialdrüsentbc. durch Perkussion in den seltensten Fällen gelingt, hat man das Röntgenverfahren in den Vordergrund der Diagnostik gestellt, aber auch dieses hat seine großen Schwierigkeiten. Wirbelsäule, Herz, und die Gesamtheit der übrigen Mediastinalgebilde verdecken den größten Teil dessen, was von Bronchialdrüsen als Schatten geliefert werden könnte. Gerade die so häufig erkrankten Bifurkationsdrüsen fallen in den dichtesten Mittelschatten. Und auch die mehr seitlichen Lymphknoten liegen inmitten der am Hilus zusammenströmenden Gebilde; dazu liegt der rechte Hilus knapp am Herzschatten, der linke regelmäßig innerhalb des Herzschattens, und das Herz ist beim Kinde im Verhältnis zu den übrigen Thoraxgebilden sehr groß. Eine günstige Ausnahme bildet nur die Gruppe der rechten tracheobronchialen Lymphknoten, das heißt derer, welche im rechten oberen Tracheo-Bronchialwinkel liegen. Sie verschmelzen gern zu umfangreichen Paketen von der Größe und Form etwa einer Dattel bis zu der eines mäßigen Hühnereies und entwickeln sich nach seitwärts. Man sieht im Röntgenbilde eine scharfe und scharf abgegrenzte bogige Vorwölbung des oberen Mittelschattens in das rechte obere Lungenfeld. Doch kommt diese Form meist nur bei ganz jungen Kindern zur Beobachtung. In besonders günstigen Fällen kann man bei der Röntgendurchleuchtung durch Drehen des Körpers auch in schiefer und seitlicher Richtung durchleuchten und so noch in manchem Falle die Vergrößerung der Lymphdrüsen feststellen. Ein klares Urteil wird aber im allgemeinen das Röntgenverfahren nur selten ermöglichen, wenn seine Anwendung auch stets zu versuchen ist.

Alle serologischen Methoden haben bisher versagt. Sie ermöglichen im besten Falle gerade so wie das Tuberkulin die Feststellung, daß der Körper einen tbc. Herd beherbergt, sagen aber nichts darüber aus, ob es sich um eine frische Makro- oder Minimalinfektion oder um Rückbildungsstufen, bzw. Zwischenstufen handelt. Hierüber orientierende Methoden zu finden, muß das nächste Ziel der Forschung sein, da ein wesentlicher Fortschritt auf dem Gebiete der physikalischen Untersuchungsmethoden wohl nicht zu erwarten ist. (Beitr. z. Klin. d. Tbc., Bd. 59, H. 3, 1924.)

Über kongenitale Lues.

Von Prof. C. Leiner (Wien).

Von den oft schon bei der Geburt vorhandenen Symptomen ist die bekannte Trias: 1. Schnupfen, 2. Blasenausschlag an Händen und Füßen

und 3. Milztumor am wichtigsten. Die Coryza luetica ist kein fließender Katarrh, sondern zeigt eine geschwellte, verdickte, später oft mit Krusten und eitrigem Sekret bedeckte Nasenschleimhaut. Atmung und Saugakt daher behindert. Die Blasen sind verschieden groß, trübe, von einem braunroten Saum umgeben, meist an Handflächen und Fußsohlen lokalisiert, manchmal aber auch auf den übrigen Körper disseminiert. Die Blasendecke reißt ein, das nässende Korium tritt zutage, das bald wieder eintrocknet und dann ein scheibenförmiges, braunrotes papulöses Infiltrat mit zentraler Delle bildet. Ein derartiges papulöses Exanthem sieht man neben einzelnen Blasen oft am ganzen Körper. Neben dem Milztumor ist nicht selten auch die Leber deutlich vergrößert. Die Hautsymptome können aber auch erst in der zweiten Woche oder später auftreten. Bei der Geburt kann das Kind gesund erscheinen.

Die Säuglinge zeigen oft eine blaß-braungelbe Gesichtsfarbe, wie Milchkaffee, bedingt durch diffuse perivaskuläre Infiltration. An den Lippen, besonders an der Oberlippe, ist die Haut verdickt, gerötet, am Übergang zum Lippenrot rissig und borkig. Diese Fissuren heilen mit feinen, linearen, radiär gestellten Narben, die späterhin neben dem Caput quadratum, der Sattelnase und den Hutchinsonschen Zähnen als Stigmata für Erblues zu verwerten sind. Infiltrationen der Nägel führen zur bekannten Paronychia syphilitica, zu trophischen Störungen der Nägel, eventuell wiederholtem Nagelwechsel. Im Gesicht ist das Exanthem nicht selten mit Ekzem kombiniert; die glänzend braunrote Farbe und die zentralen Dellen der Einzeleffloreszenzen sind für Lues charakteristisch. Manchmal sind es nur die fahlgelbe Gesichtsfarbe, das Fehlen der Augenbrauen und die bis in den Nacken reichende Glatze, die den Verdacht auf Erblues lenken.

Erst nach der sechsten Woche auftretende Exantheme bilden nicht mehr diffuse, sondern, wie bei der erworbenen Lues, umschriebene makulopapulöse oder squamöse Herde.

Sehr häufig sind die langen Röhrenknochen, namentlich an den Armen befallen. Das Kind hält z. B. einen Arm unbeweglich am Rumpfe, die Hand volar flektiert (Parrotsche Pseudoparalyse). Die Epiphyse ist spindelförmig verdickt, bei Berührung sehr schmerzhaft, krepitierend (Osteochondritis). Die Dactylitis syphilitica der Rezidivperiode erinnert an die Spina ventosa tbc., vereitert oder fistelt aber fast nie. Oft findet man gleichzeitig eine Verdickung der Stirn- und Scheitelbeinhöcker, eine Sattelnase und nach dem dritten Monat infolge von Hydrocephalus den Schädel vergrößert mit Hirndrucksymptomen (gespannte Fontanelle, Unruhe, Erbrechen, zeitweises Aufschreien, Konvulsionen). Ein wichtiges Frühsymptom ist schließlich die Retinitis luetica.

Bei ungenügender Behandlung kommt es bald zur Rezidivperiode mit Plaques im Munde, Drüsenschwellungen am Halse, Kondylomen in den Hautfalten, namentlich der Anal- und Genitalgegend und oft einer harten und schmerzlosen Hodenschwellung. Dieses Stadium geht meist allmählich in die Spätsyphilis (Lues congenita tarda) nach dem vierten Lebensjahre über, deren Hauptsymptome das Gumma und gummöse Geschwür sind, die jedes Organ befallen können, namentlich aber die Mundhöhle (Perforationen), die Tibien und Schädelknochen. Pathognomonisch sind ferner symmetrische schmerzlose Gelenkserkrankungen, oft der Kniegelenke (Hydrarthros), nicht selten mit subfebrilen Temperaturen; die Hutchinsonsche Trias: Labyrinthtaubheit, Keratitis parenchymatosa und halbmondförmige Ausbuchtung der Schneidefläche der bleibenden oberen mittleren Schneidezähne. Leichte geistige Defekte sind häufig: Epilepsie und Idiotie, selbst Tabes und Paralyse werden zur Zeit der Pubertät, wenn auch in einem geringeren Prozentsatze beobachtet.

Differentialdiagnostisch ist die WaR am wichtigsten. Man entnimmt mindestens 2 cm³ Blut durch Messerstich aus der Ferse (wenn aus einer Vene unmöglich). Die Haut darf nur mit Alkohol desinfiziert werden, die Spritze und das Glasröhrchen dürfen weder Wasser noch Alkohol enthalten, da anders der Ausfall der Reaktion unzuverlässig ist. Die Liquoruntersuchung (Einstich zwischen vierten und fünften Lendenwirbel, in der Verbindungslinie der höchsten Erhebung der Cristae; keine Blutbeimengung!) ergibt nur in 30% pathologische Verhältnisse.

Prognose. Dank den Fortschritten der Säuglingspflege und der energischen antiluetischen Therapie konnte die namentlich im ersten Halbjahr hohe Mortalität auf 20 bis 30% reduziert werden. Besonders wichtig in den ersten Monaten ist es, daß die Mutter ihr Kind selbst stillt; sie ist stets gleichfalls luetisch. Ist aber das Kind klinisch und serologisch frei, so darf es von der luetischen Mutter nicht gestillt werden. Später soll das Kind reichlich mit der Czerny-Kleinschmidtschen Buttermehlnahrung oder mit Dubo ernährt werden.

Therapeutisch empfiehlt Autor folgendes Schema:

Behandlungsschema nach Leiner-Kundratitz mit Neosalvarsan und Novasurol als Mischspritze.

Behandlungswoche	Neosalvarsan	Novasurol	Bemerkung
1.		1. 2. Injekt.	
2.	I. Injektion	3.	nicht als Mischspritze, Novasurol am Beginne, Neosalvarsan am Ende der Woche
3.	II. III.	4. 5.	Mischspritze
4.	IV. V.	6. 7.	„
5.	VI. VII.	8. 9.	„
6.	VIII. IX.	10. 11.	„
7.	X.	12.	„

Dosierung: Neosalvarsan: Im ersten Lebensjahr 0.015 bis 0.03 pro Kilogramm Körpergewicht. Im zweiten und dritten Lebensjahr 0.15 pro injectione, vom vierten Lebensjahr bis zum schulpflichtigen Alter je nach dem Kräftezustand der Kinder 0.2 bis 0.3 pro injectione, vom sechsten Lebensjahr nach dem Kräftezustand der Kinder 0.3 bis 0.45 pro injectione.

Novasurol: In den ersten drei Lebensmonaten 0.2 bis 0.3 cm³ der offiziellen Ampullenlösung pro injectione, im übrigen Säuglingsalter 0.3 bis 0.6 cm³, im zweiten und dritten Lebensjahr 0.5 bis 0.6 cm³, von da ab bis zu 1 cm³. Wiederholung nach drei Monaten. Zirka fünf Kuren in zwei Jahren.

Gelingt es nicht, das Salvarsan in die Schädelvenen oder V. jugularis zu injizieren (nicht in den Sinus!), so gebe man es muskulär in die obere Glutäalgegend oder Mitte des Oberschenkels. Allerdings kommt es dabei oft zu schmerzhaften Infiltraten. (S. muskulär wird im allgemeinen vom Säugling gut vertragen. Ref.) (W. m. W. Nr. 42, 45, 46, 1924.)

Mastdarmvorfall bei einem Kinde

konnte S.-R. K. Gerson (Berlin) dadurch verhüten, daß jedesmal vor und nach der Defäkation monatelang das Rektum mittels kleinen Fingers ausgiebig mit Vaseline eingefettet und während des Stuhlganges die Glutäen fest zusammengedrückt wurde. Außerdem wurde mehrmals wöchentlich für zehn Minuten ins Rektum ein mitteldicker, mit Gaze umwickelter Hegar-Stift eingeführt, die abwechselnd mit 3% H_2O_2 und halbverdünnter Zitronensäure getränkt war (leichtes Brennen). Diese adstringierende Sondierung führte schließlich in zehn Monaten zur definitiven Heilung des Prolapses. (Die Ther. d. Gegenw., H. 10, 1924.)

Rachitis — Eosin + Quarzlampe.

Pilling (Säuglingsheim, Dresden) bestätigt die guten Erfolge dieses von György und Gottlieb angegebenen Verfahrens („Ars Medici" 1923, S. 420). Durch perorale Einnahme von Eosin wird das Kind für die Quarzlampenstrahlen sensibilisiert und die Rachitiskur kann in der Hälfte der sonst nötigen Bestrahlungen bestehen, jede einzelne Bestrahlung dabei noch kurzdauernder sein. Gerade so wie György und Gottlieb gibt Verfasser stets am Tage vor der Bestrahlung 0.1 g „Eosinum cryst. bläulich-Höchst" ein, jedoch nicht wie diese Autoren in der Milch, sondern besser und billiger in Wasser gelöst. Das Medikament schmeckt leicht bitter. wird aber meist ohne Widerstand genommen. Das Eosin ist billig; zu einer Kur braucht man 1 g = 0.018 Mark. Durch das Eosin werden Stuhl und Urin für 24 Stunden intensiv rot gefärbt, aber Appetit und Verdauung leiden nicht im mindesten. Die Farbe läßt sich aus den Windeln gut auswaschen. Je nach den Umständen verordnet man für Säuglinge eine „lange Kur" oder eine „kurze Kur" nach folgendem Schema. Die Gesamtbestrahlungsdauer beträgt bei beiden Kuren je 100 Minuten und genügt zu weitgehendster Besserung der Rachitis.

1. Lange Kur. Dauer 4 Wochen. 8 Bestrahlungen. Gesamtbestrahlungszeit 100 Minuten. Bestrahlung zweimal wöchentlich bei Lampenabstand von 70 cm. In der ersten Woche 2 Bestrahlungen zu je 5 Minuten, in der zweiten Woche 2 Bestrahlungen zu je 10 Minuten, in der dritten Woche 2 Bestrahlungen zu je 15 Minuten, in der vierten Woche 2 Bestrahlungen zu je 20 Minuten.

2. Kurze Kur. Dauer 14 Tage. 12 Bestrahlungen. Gesamtbestrahlungszeit 100 Minuten. Lampenabstand 70 cm. Am ersten Tage Bestrahlung von 1 Minute, am zweiten Tage 1 Minute, am dritten Tage 2 Minuten, am vierten Tage keine Bestrahlung. Am fünften Tage Bestrahlung 3 Minuten, am sechsten Tage 5 Minuten, am siebenten Tage 7 Minuten, am achten Tage 9 Minuten, am neunten Tage 10 Minuten, am zehntenTage 12 Minuten, am elften Tage keine Bestrahlung. Am zwölften Tage Bestrahlung 15 Minuten, am dreizehnten Tage 15 Minuten, am vierzehnten Tage 20 Minuten.

Bei beiden Kuren jedesmal einen Tag vor jeder Bestrahlung 0.1 g Eosin in Lösung peroral. (D. m. W. Nr. 47, 1924.)

Rachitis — Hormontherapie.

György und Vollmer (Heidelberger Kinderklinik) berichten über günstige Beeinflussung der Rachitis durch die stoffwechselbeschleunigenden Hormone, wie Ovoglandol, Pituglandol und Thymoglandol. Allerdings bleibt die praktische Brauchbarkeit dieser Methode hinter der Strahlentherapie zurück. (Monatsschr. f. Kinderhk., Bd. 28, 1924.)

Langstein und Vollmer (Kaiserin Auguste-Viktoriahaus, Berlin) haben die Methode weiter ausgebaut und verwenden zur Bekämpfun

der Rachitis die perkutane Hormoneinverleibung: Rp: Hormon (gleichgültig, ob Ovoglandol, Pituglandol oder Thymoglandol) 1.0, Eucerini 1.0, Acidi salicyl. 0.05. — Diese Salbe wird auf eine möglichst große Hautfläche (Brust oder Rücken) durch etwa 10 bis 15 Minuten bis zum Verschwinden der Salbe einmassiert. Die Hormone werden von der gesunden Haut leicht resorbiert und entfalten eine starke Stoffwechselwirkung. Salbe ohne Hormone bleibt ohne Erfolg. Der Erfolg wird gekennzeichnet durch Herabsetzung der Säure- und Ammoniakausscheidung im Harn und Steigerung der niedrigen Blutphosphorwerte zur Norm. (Die Rachitis stellt nach moderner Anschauung eine azidotische Stoffwechselstörung dar; wenn die Säureausscheidung im Harn herabgesetzt wird, bedeutet dies eine Besserung der Azidose; dasselbe gilt vom Ammoniak, der zur Neutralisierung der Säuren im Organismus verwendet wird). Klinisch verschwand die Kraniotabes, und die statischen Funktionen besserten sich. (Ztschr. f. Kinderhk., Bd. 38, 1924.)

Spinale Kinderlähmung — Lumbalpunktionen.

A. Schanz (Dresden) berichtet über eine Zunahme der akuten Poliomylitis in seiner Gegend. Systematische Lumbalpunktionen in den frischen Fällen zeigten ein deutliches Zurückgehen der Lähmungen. Alle zwei bis drei Tage läßt man so viel Liquor ausfließen, bis derselbe aus der horizontalen Nadel nur mehr langsam abtropft (= 15 bis 45 cm^3). (M. m. W. Nr. 46, 1924.)

Was leistet die Ultraviolettherapie in der Pädiatrie?

Diese Frage bespricht B. Weltring, Assistent der Würzburger Univ.-Kinderklinik, in einem kritischen Sammelbericht.

Bei Rachitis findet das Quarzlicht allgemeine Anerkennung als geradezu spezifische Therapie (Hamburger). Es genügt eine vier- bis sechswöchentliche intensive Bestrahlung mit nachfolgender Lebertrantherapie bis zum Frühling, um die R. schnell zu heilen und ihr Wiederauftreten zu verhüten. Die Besserung des Kalk- und P-Stoffwechsels sowie der Knochenveränderungen, namentlich des Kraniotabes, erfolgt rascher und intensiver als durch Lebertran. Nach Huldschinsky ist der Einfluß auch auf Psyche und Intellekt unverkennbar; ebenso nach Meyer auf die statischen Funktionen, Muskelschwäche, Meteorismus, Schweiße und Neigung zu Furunkulose. Prophylaktische Allgemeinbestrahlungen bewähren sich während des Winters bei künstlich genährten Säuglingen, bei hereditär und familiär Belasteten und Frühgeburten. Da auch eingegipste Knochen durch die Allgemeinbestrahlungen wirksam beeinflußt werden, können jetzt orthopädische Korrekturen von Verkrümmungen schon vor der völligen Ausheilung der Rachitis, also vor dem sechsten Lebensjahr, erfolgen. Am zweckmäßigsten im floriden Stadium zur Hebung des Allgemeinbefindens ist eine drei- bis vierwöchentliche Vorbestrahlung vor dem Eingriff, dessen Resultat durch die fortgesetzte Lichtbestrahlung gesichert wird.

Die Spasmophilie wird durch Quarzlicht und Lebertran langsam, aber ätiologisch, durch Kalk, Salmiak und diätetische Maßnahmen prompt, aber nur symptomatisch beeinflußt, Höhensonne allein kann bei manifester Tetanie versagen.

Tbc. Am besten sind die Erfolge bei der Drüsentbc., namentlich am Halse (allgemeine und lokale Bestrahlungen). Fisteln und Wunden nach Exkochleationen heilen mit zarten Narben. Bei Knochen- und Gelenktbc. ist häufig die Kombination mit Röntgenbehandlung von Vorteil (Rönt-

gen lokal darf erst dann angewendet werden, wenn ein eventuelles Lichterythem völlig abgeklungen ist; nach der Röntgenbestrahlung darf Quarz lokal durch drei Wochen nicht angewendet werden — sonst riskiert man Röntgengeschwüre. — Ref.). Ausgezeichnete Erfolge auch bei Hauttbc., Skrofuloderma, Bauchfelltbc. und Pleuritis.

Hautkrankheiten. Kräftige Erythemdosen sind meist erfolgreich bei Erysipel, Pemphigus neonatorum, bei chronisch infiltrierenden Ekzemen, namentlich chronischer Intertrigo und bei pruriginösen Ekzemen; ferner bei Strophulus infantum und Impetigo contagiosa.

Sonstige Indikationen: Nabelinfektionen, Eiterungen, Lymphadenitis, Schwäche- und Erschöpfungszustände, chronische Magendarmstörungen, postgrippöse Bronchitiden, Asthma bronchiale usw. (M. Kl. Nr. 15, 1924.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Über ein neues Arsobenzolpräparat gegen Lues

berichtete Prof. Arning (Univ.-Hautklinik, Hamburg) auf der Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Innsbruck, 1924. Das von Prof. Albert (München) gefundene Mittel heißt vorläufig „Albert 102" und wird von der Deutschen Gold- und Silberscheideanstalt vorm. Roeßler in Frankfurt a. M. hergestellt. Die Wirkung des intravenös in (in Dosen von 0.15 bis 0.2) zu verabreichenden Präparates ist dem Salvarsan ebenbürtig, in mancher Hinsicht vielleicht überlegen. Das Mittel ist nicht so zersetzlich wie Salvarsan; daher wurde unter bisher 2000 Injektionen kein Fall von Enzephalitis oder Erythem beobachtet, ebensowenig Ikterus, Magendarmstörungen oder Neurorezidive. Versuche mit oraler Verabreichung und Applikation als Salbe befinden sich noch im Anfangsstadium. Erprobung des Mittels von anderer Seite steht noch aus. (Klin. Wschr. Nr. 47, 1924.)

Wie entsteht die gonorrhoische Nebenhodenentzündung?

Diese Frage suchten Dozent Perutz und Merdler (Wien) tierexperimentell zu klären. Der Ductus deferens zeigt normalerweise nur peripheriewärts gerichtete peristaltische Bewegungen. Reizt man beim narkotisierten Meerschweinchen elektrisch den Nervus hypogastricus oder den Ductus deferens selbst, so sieht man wurmförmige peristaltische Bewegungen vom Nebenhoden aus urethralwärts eintreten und kann durch die durchsichtige Samenleiterwand die Fortbewegung des Inhaltes in dieser Richtung verfolgen. Füllt man die Pars posterior urethrae mit Eisenchloridlösung und reizt nun den Nervus hypogastricus, so sieht man ebenfalls nur urethralwärts gerichtete peristaltische Bewegungen im Ductus und findet nach Obduktion im Nebenhoden und Hoden kein Eisenchlorid. Unterbindet man aber den Ductus deferens dicht an der Harnröhrenmündung, so entstehen erst peristaltische, dann antiperistaltische, nebenhodenwärts gerichtete Wellen und man sieht durch die dünne Samenleiterwand den Inhalt sich ruckweise zentralwärts fortbewegen. Unter diesen Versuchsbedingungen eingebrachte Eisenchloridlösung geht bald in den Nebenhoden, nicht aber in den Hoden über. — Also gerade so wie beim Pylorus oder Dünndarm entstehen antiperistaltische Bewegungen im Ductus deferens nur bei Bestehen eines Passagehindernisses. Ist durch eine Entzündung der Urethra posterior die Mündung des Ductus deferens verlegt (und wird eventuell die Verlegung noch durch Erektion und Pollution verstärkt), so kommt es zu antiperistaltischen Bewegungen, und die Infektion geht per contiguitatem auf den Nebenhoden über. (Derm. Wschr. Nr. 43, 1924.)

Hypertrichosis — Diathermie.

Zur Beseitigung unerwünschten Haarwuchses erscheint das Röntgenverfahren als zu gefährlich. Das Bleichen der Haare kommt nur bei feinen und spärlichen Haaren in Betracht; dicke oder borstige Haare sind gebleicht eben so häßlich und störend wie dunkle. Wirksam ist die Elektrolyse, aber sie wird wegen ihrer Mühseligkeit und Schmerzhaftigkeit wenig geschätzt. Th. Katz (Nürnberg) berichtet über ausgezeichnete Erfahrungen mit dem Abtöten der Haarpapillen durch Diathermie. Instrumentarium und Technik sind dieselben wie bei der Elektrolyse, nur schaltet man statt des galvanischen Stromes den hochfrequenten Wechselstromkreis eines Diathermieapparates ein, aber eben nur so stark, daß die Patientin eine leichte Hitze verspürt, und nur durch ein bis zwei Sekunden. Ob man dabei den gewöhnlichen Elektrolysehalter mit Nadel oder die Kromayerschen zusammengekoppelten und am Schaft isolierten Nadeln nimmt, ist Sache der Gewohnheit. Die Haarpapille wird durch die Hitze zerstört, und nach der Behandlung folgt das Haar leicht dem Zuge der Pinzette. Zweckmäßig ist der Gebrauch eines Gummihandschuhes für die Hand, die den Nadelträger hält, da die Isolierung der gebräuchlichen Nadelhalter für den Diathermiestrom nicht ausreicht. Das Verfahren ist bedeutend schneller als die Elektrolyse (ein bis zwei Sekunden pro Haar) und der Schmerz für die Patientin viel geringer. Zahlreiche Patientinnen des Verfassers, die beide Methoden kannten, verlangten stets die Diathermie. (Derm. Wschr. Nr. 46, 1924.)

Schwefelinjektionen bei Acne vulgaris, rosacea und bei Psoriasis.

Seitdem wir brauchbare Präparate zur Schwefelinjektion haben, kann man die von Bory zuerst eingeführte Schwefelinjektionsbehandlung bei Hautkrankheiten anwenden. Geber und Bloch (Haut-Poliklinik, Berlin) verwandten das „Sufrogel" (Firma Heyden in Radebeul) und das „Sulfolein" (Firma Egger in Budapest). Sufrogel ist eine 0.3%ige sterile Schwefelsuspension, die bei Zimmertemperatur eine feste Masse bildet, in warmem Wasser aber leicht schmilzt und in Ampullen zu 1 cm^3 im Handel ist. Dosierung: anfangs 0.1 cm^3, dann 0.2 cm^3 pro Injektion jeden dritten bis fünften Tag intraglutäal. Sulfolein (dem auch etwas Novokain zugesetzt ist) wird noch besser vertragen und wird alle drei bis fünf Tage in Dosen von 1 bis 2 cm^3 intraglutäal injiziert. Zuweilen treten bei beiden Präparaten sechs bis acht Stunden post injectionem Schmerzen auf, die etwa 24 Stunden anhalten und von manchen Kranken als leicht, von anderen als recht schwer empfunden werden. Hie und da beobachtet man nach einer Injektion Fieber bis 39°, bei manchen Patienten durch einige Tage anhaltende Übelkeit, Brechreiz und Mattigkeitsgefühl. Infiltrationen oder Abszesse kamen nicht vor.

Die Erfolge bei Acne rosacea waren ausnahmslos günstige, man kann sagen frappante. Schon nach drei bis vier Injektionen sind Rötung, Schwellung und Schuppung vermindert, hört die Eiterung auf; nach weiterer Schwefelinjektionsbehandlung trat immer volle Heilung ein. Weniger eindeutig waren die Erfolge bei Acne vulgaris und Psoriasis; doch ist auch hier in hartnäckigen Fällen ein Versuch zu empfehlen, der oft ein gutes Resultat verspricht. (Derm. Wschr. Nr. 47, 1924.)

Die Varizenbehandlung mit den Linserschen Sublimatinjektionen

bespricht F. G. Meyer (I. Chir. Abtlg. des Auguste Viktoria-Krankenhauses, Berlin). Die radikalen Varizenoperationen und -exstirpationen

haben gewiß gute Erfolge, aber auch hie und da ihre Gefahren, wie Thrombenbildung. Es gibt genug Patienten, die das Wasser, die Narkose und ein längeres Krankheitslager fürchten. Von den ambulant auszuführenden Krampfadernbehandlungen kommt den Linserschen Sublimatinjektionen der größte Wert zu. Linser selbst übt folgende Technik: er sticht mit feiner Nadel die Vene an, läßt darauf das betreffende Bein hochhalten, die Venen ausstreichen und injiziert dann 1 bis höchstens 2 cm³ einer 1%igen Sublimatlösung. Man kann den Patienten auch sich auf einen Tritt stellen lassen, während der Operateur vor ihm sitzt; ein Assistent komprimiert ober- und unterhalb der Injektionsstelle die Vene. Nachdem noch drei Minuten nach der Injektion komprimiert worden ist, wird zuerst die peripherische Druckstelle freigegeben, dann erst langsam die proximale. Wiederholung der Injektion an anderen Venen nach 8 bis 14 Tagen. — Nobl injiziert 1 bis 3 cm³ einer 1 bis 2%igen Sublimatlösung ohne Chlornatriumzusatz in vier- bis sechstägigen Abständen bei liegendem Patienten und erhobenem Bein bei leichter Kompression und Reiben des betreffenden Gefäßsegmentes nach der Injektion.

Eine genaue Kontrolle des Urins vor und nach der Injektion ist unbedingt geboten. Die Injektion in Varixknoten oder in deren nächste Umgebung ist zu unterlassen. Ebenso sind große Venen, die von oben nach unten laufen, zur Injektion ungeeignet, da die Adhäsionen durch den starken Blutstrom weggerissen werden können. Neuerdings hat Linser statt des Sublimats 5 bis 10 cm³ einer 15 bis 20%igen Kochsalzlösung empfohlen. Neben seiner Ungiftigkeit hat das Verfahren den Vorzug, daß man in einer Sitzung drei bis fünf Venen erledigen kann. Perivenös injiziert macht das Na Cl geradeso wie Sublimat schwere Entzündungen und Nekrosen des Gewebes. — Rezidive kommen bei der Linserschen Behandlung vor. Das ist aber nicht schlimm, da es sich um eine so wenig eingreifende Prozedur handelt, zu deren Wiederholung sich der Kranke leicht entschließt. (D. m. W. Nr. 52, 1924.)

Das Zusammentreffen von Lues und Tbc.

im menschlichen Organismus ist schon öfters beschrieben worden. An der Haut werden nach früheren Autoren Lues und Tbc. fast nie gemeinsam beobachtet, häufiger schon an den Schleimhäuten und in den Lymphdrüsen. Doch ist das Zusammentreffen der beiden Affektionen oft kein zufälliges, sondern es besteht ein innerer Zusammenhang, wie Dozent Ritter (Krankenh. St. Georg in Hamburg) an einigen Fällen nachweist. Durch die luetische Affektion schwellen z. B. die Halsdrüsen an, und nun entsteht bei dem früher anscheinend tuberkulosefreien Patienten eine isolierte Lymphdrüsentbc. Es ist anzunehmen, daß eine latente Tbc. der Drüsen (mit abgekapselten avirulenten Tuberkelbazillen) durch den luetischen Prozeß in den Drüsen zum Aufflammen gebracht worden ist, daß also die Lues die Tbc. direkt provoziert hat. So sieht man auch zuweilen strumöse Bubonen nach einer genitalen Infektion trotz Abheilens der Infektion noch lange fortbestehen und es dürfte sich auch hier vielleicht um provozierte tuberkulöse Lymphome handeln. Ferner ist darauf hinzuweisen, daß fast alle ausgesprochen Tuberkulösen bei einer syphilitischen Infektion mit der gleichen luetischen Erscheinungsform reagieren, nämlich mit den mikropapulösen Exanthemen, gruppiert oder ungruppiert. Diese Mikropapeln, in denen man fast nie Spirochäten findet, zeigen ein histologisches Bild, das dem eines Tuberkelknötchens zum Verwechseln ähnlich sieht. Vielleicht liegt auch hier eine Kombination beider Krankheiten vor oder zumindest

sind die tuberkulös affizierten Organismen darauf eingestellt, alle durch andere Infektionen hervorgerufenen Hauterscheinungen in tuberkuloidem Sinne entstehen zu lassen. (Derm. Wschr. Nr. 49, 1924.)

Urologie.

Zur Therapie der Harnröhrenstriktur

empfiehlt R. Bachrach (Abt.-Vorst. d. Wiener Franz Joseph-Ambulatorium) die allmähliche Dilatation als für die Praxis am geeignetsten. Nur wenn diese undurchführbar ist, kommt die innere Urethrotomie in Betracht. Vorbedingung für beide Methoden ist die Möglichkeit, eine Bougie filiforme durch die Striktur in die Blase einzuführen. Dies gelingt oft erst nach mehreren Versuchen mit Hilfe eines gleichzeitig eingeführten Bündels solcher Bougies, von welchen schließlich eine den Weg durch die Striktur in die Blase findet. Diese bleibt dann durch 12 bis 24 Stunden als Verweilbougie liegen, am besten unter Bettruhe, wobei schon nach einigen Stunden Patient neben dieser Bougie spontan den Harn entleeren kann. Dann werden ambulatorisch jeden zweiten Tag zwei, höchstens drei Bleisonden von steigender Dicke eingeführt. Von Nr. 18 an verwendet man am besten Metallsonden. In einigen Wochen erreicht man Nr. 22 und 24, welche Dehnung vollauf genügt. Bei vorübergehenden Temperaturanstiegen, Aussetzen der Dilatation, Urotropin venös. Nachbehandlung am einfachsten durch Selbstbougierung mit Bleibougie Nr. 18 bis 19. (W. m. W. Nr. 47, 1924.)

Prostatahypertrophie — suprapubische Operation.

Von Prof. L. Caspar, Berlin.

Zahlreiche Prostatiker führen bis ins hohe Alter mit oder ohne Katheter ein beschwerdefreies Leben, bei anderen aber kommt es zur Infektion der Blase mit Aszension nach den Nieren oder zu einer Druckatrophie der Nieren, und das ist dann immer der Anfang vom Ende. Da wir nicht wissen, nach welcher Richtung sich das Leiden im einzelnen Falle entwickeln wird, wäre eigentlich immer die Operation, welche wirkliche Heilung bringt, angezeigt. Man darf aber nicht vergessen, daß die Prostatiker meist alte Leute, oft mit Schädigung des Herzens, der Lunge und Nieren sind. Man wird daher bei der Indikationsstellung zur Operation auch den Allgemeinzustand des Kranken und die Größe seiner Beschwerden berücksichtigen müssen, um in jedem einzelnen Falle zu entscheiden, ob konservatives oder operatives Vorgehen die geringeren Gefahren bietet. — Über die Methode der Operation wurde viel gestritten. Heute kann man sagen, daß die suprapubische Ausschälung der Prostata den Sieg davongetragen hat. Das perineale Vorgehen birgt die Gefahr der Inkontinenz und der nicht genügenden Wirksamkeit; auch nach perinealer Operation findet man zuweilen Harnretention. Die parasakrale Operation ist technisch schwierig und gibt leicht Gelegenheit zur Infektion. Natürlich sind auch bei der suprapubischen Prostatektomie Todesfälle nicht zu vermeiden; so kann Lungenembolie, nachträgliche Herzschwäche (daher besser Lumbalanästhesie als Narkose) oder in seltenen Fällen marantische tödliche Magenblutung eintreten. Wichtig ist die Prüfung der Nierenfunktion. Bei gestörter Nierenfunktion ist die Operation zu verschieben; glücklicherweise erholt sich die Niere unter Verweilkatheter oder Sectio alta mit Drainage oft wieder. Eine große Gefahr bietet auch die Blutung; nicht so sehr die momentane Verblutung ist zu fürchten als die infolge der Blutung später einsetzende Kachexie. Verfasser begegnet daher dieser Gefahr

durch Kokain-Adrenalin, und zwar injiziert er vor der Operation vom Damm aus etwa 10 cm³ dieser Lösung und umspritzt außerdem bei der Operation von der suprapubischen Wunde aus nochmals die Prostata mit der Lösung. Schließlich ist die Gefahr der Sepsis zu erwähnen, denn das ganze Operationsgebiet ist stets infiziert. Die Sepsis ist aber nicht häufig, weil der Organismus des Kranken meist schon eine gewisse Immunität gegen seine Bakterien hat. Große Vorteile in dieser Hinsicht bietet außerdem die vom Verfasser empfohlene Drainage nach dem tiefsten Punkte, also dem Damm hin. Das Verfahren ist ungefährlich und beansprucht nur wenige Minuten nach der vollendeten Prostatektomie. — Befolgt man alle diese Maßnahmen, so ist die Mortalität der Operation relativ nicht mehr hoch. Verfasser hatte bei seinen ersten 100 Operationen noch 15% Sterblichkeit, bei der letzten Serie von 70 Fällen unter Beobachtung der obigen Technik nur noch 6%. (D. m. W. Nr. 45, 1924.)

Über spontanen Untergang des gesunden Hodens

bei zwei Patienten hat Küttner (D. m. W. September 1924) berichtet. Der Untergang eines gesunden Hodens bei einem gesunden Menschen ist ein ebenso verblüffendes wie unheimliches Ereignis, das glücklicherweise äußerst selten ist. Grund (Krankenhaus St. Georg, Hamburg) beobachtete einen gleich Fall: Schmerzen und Schwellung im rechten Hoden und Nebenhoden, leichtes Fieber. Darmerkrankung, Gonorrhoe, Lues, Tbc. und Hernie konnten ausgeschlossen werden. Auf Bettruhe, heiße Umschläge und Belladonnasuppositorien gingen die Schmerzen zurück. Da aber die Schwellung längere Zeit unverändert blieb, wurde zur Operation geschritten. Der Samenstrang war in ein hämorrhagisches und entzündliches Schwielengewebe eingebettet; keine Torsion nachweisbar. Der exstirpierte Hoden und Nebenhoden zeigten mikroskopisch Nekrose des Parenchyms und Obliteration der Gefäße durch Thromben. Die Ätiologie dieser Fälle ist noch unklar. Vielleicht hat eine vorangegangene Torsion des Samenstranges zur Kreislaufstörung geführt oder eine aus unbekannter Ursache entstandene Embolie oder Thrombose der Arteria spermatica interna. (Derm. Wschr. Nr. 49, 1924.)

Gerichtliche Medizin.

Die Totenbeschau.

Anläßlich eines jüngst vielbesprochenen Irrtums eines Kollegen, der in einem Falle von Erdrosselung nach oberflächlicher Beschau natürlichen Tod annahm, erscheinen folgende Ausführungen Prof. A. Haberdas (Wien) von aktuellem Interesse. Die Totenbeschau hat den eingetretenen Tod festzustellen und die Todesursache zu ermitteln. In Österreich darf die Totenbeschau durch vom Amtsarzt geprüfte Laien nur ganz ausnahmsweise erfolgen, wenn der Arzt mindestens 8 km entfernt wohnt und offensichtlich ein natürlicher Tod vorliegt. Ein absolut sicheres Todeszeichen sind die durch Blutsenkung entstehenden Leichenflecken. Wirklich schwierig ist unter Umständen nur die Feststellung des eben erfolgten Ablebens und die sichere Beantwortung der Frage, ob Wiederbelebungsversuche aussichtsvoll oder zwecklos sind. Zur Bestimmung der Todesursache genügt die Diagnose des behandelnden Arztes. In Zweifelsfällen, namentlich bei plötzlichem Tode oder aufgefundenen Leichen, sanitätspolizeiliche Obduktion. Bei Einäscherungen ist in Preußen und Bayern ein gerichtsärztliches Zeugnis über die Todesursache und eine Bestätigung der Ortspolizei, daß keine kriminalistischen Bedenken bestehen, erforderlich.

Die genaue Besichtigung der völlig entblößten Leiche bei gutem Licht kann zum mindesten äußere Zeichen von Verletzungen aufweisen, die einen gewaltsamen Tod vermuten lassen. Durch die Feststellung der Farbe und Verteilung der Totenflecke, einer eventuellen Dunsung und Blaufärbung des Gesichtes, von kleinen Blutungen in der Haut und den Schleimhäuten des Gesichtes (Erstickung!), von Kratzern, Wunden und blauen Flecken, namentlich am Halse können sich Verdachtsmomente ergeben. Solche Würgespuren können bei späterer neuerlicher Besichtigung als braune oder gelbe Flecken deutlicher auffallen.

Sehr wichtig können Geruchswahrnehmungen in der Umgebung oder am Munde der Leiche sein, so z. B. von Alkohol, Kresolen, Äther, Nitrobenzol, Paraldehyd und namentlich von Blausäure (Bittermandein-Geruch!). Findet man bei letzterer noch alkalische Reaktion des Mundschleimes oder einer beim Wenden der Leiche aus dem Munde herausfließenden Flüssigkeit, so ist die Diagnose Zyankalivergiftung so gut wie gesichert. Der Totenbeschauer hat als öffentliches Sanitätsorgan die Interessen des Staates zu wahren; somit kann für ihn das ärztliche Berufsgeheimnis nicht in Betracht kommen. (Sonderbeilage zu W. kl. W. Nr. 49, 1924.)

Aus der Praxis.

Ueber die Insulinbehandlung beim Diabetes mellitus.

Von Dr. F. **Depisch**

(Assistent der Abteilung Prof. Falta, Elisabethspital, Wien).

Das Wesen der Zuckerkrankheit ist in einer mangelhaften Bildung von Insulin gelegen, deren Ursache ein mehr oder weniger weitgehendes Zugrundegehen der Langerhansschen Inseln des Pankreas ist. Über die Art der Erkrankung des Inselorganes sind wir heute bei der großen Mehrzahl der Fälle noch im unklaren.

Wie kann man sich nun das Zustandekommen der Kardinalsymptome des Diabetes, die Erhöhung des Blutzuckers und die Zuckerausscheidung im Harn, durch einen Insulinmangel erklären? Nach jeder, Zuckerbildner (KH und Eiw.) enthaltenden Mahlzeit wird der Leber durch die Pfortader zuckerreiches Blut zugeführt. Die Leber speichert einen Teil des zugeführten Zuckers als Glykogen auf, einen Teil gibt sie weiter an das Lebervenenblut und damit in den großen Kreislauf ab. (Alimentäre Hyperglykämie.) Die Höhe der alimentären Hyperglykämie ist einerseits davon abhängig, wieviel Zucker von der Leber abgegeben wird, und anderseits, wieviel Zucker von den Zellen des Körpers aus dem Blut aufgenommen wird. Diese beiden Faktoren sind nun von der Menge des im Blute kreisenden Insulins abhängig. Man kann sich nach W. Falta vorstellen, daß unter Insulinzufuhr die Zuckergierigkeit sämtlicher Körperzellen gesteigert wird, dadurch wird einerseits die Zuckerabgabe aus der Leber gedrosselt und anderseits die Zuckeraufnahme durch die Körperzellen gesteigert, es kommt zum Absinken des Blutzuckers. Normalerweise wird nun nach jeder Mahlzeit soviel Insulin gebildet, daß der Blutzucker nur unbeträchtlich ansteigt entsprechend der normalen alimentären Hyperglykämie. Ist die Insulinbildung im Körper der zugeführten Nahrungsmenge nicht entsprechend, dann gibt die Leber zuviel Zucker an das Blut ab, die Körperzellen nehmen zu wenig Zucker aus dem Blute auf, es kommt zum stärkeren Ansteigen des Blutzuckers und damit zur Zuckerausscheidung im Harn.

Die diätetische Behandlung des Diabetes besteht darin, daß die Zuckerbildner der Kost (KH und Eiw.) soweit eingeschränkt werden, daß das kranke Inselorgan der Belastung gewachsen ist. Durch diese Schonung des Inselorganes kann es zu einer Erholung desselben und damit zu einer Leistungssteigerung kommen (Toleranzgewinnung). Durch eine richtig dosierte Zufuhr von Insulin ist man imstande, das Minus an Insulin beim Diabetes künstlich zu ersetzen. Es handelt sich bei der Insulinbehandlung daher um eine Substitutionstherapie, die der Behandlung des Myxödems mit Thyreoidin oder des Diabetes insipidus mit Pituitrin vollständig entspricht. Damit ist schon gesagt, daß man durch Insulinbehandlung den Diabetes nicht heilen kann. Anderseits gelingt es durch eine richtig dosierte Insulinzufuhr, alle Symptome des typischen Diabetes zu beseitigen: die Hyperglykämie, die Glykosurie, die Abmagerung, die abnorme Bildung von Azetonkörpern, die schlechte Heilungstendenz von Wunden, die Neigung zur Furunkulosis usw.

Die Insulinbehandlung hat ebenso wie die diätetische Behandlung vor allem zwei Ziele, einerseits die Gewinnung einer Toleranz und wo dies nicht mehr möglich ist, die Bekämpfung der Glykosurie und Azidose. Die Besserung der Toleranz beruht auf einer möglichsten Schonung des Inselorganes ebenso wie bei der rein diätetischen Behandlung. Diese Schonung ist bei der Insulinbehandlung in viel größerem Maße und unter wesentlich geringeren Entbehrungen für den Kranken möglich. So wird es verständlich, daß man durch gleichzeitige Insulinbehandlung rascher eine Toleranz erzielen kann und daß die erzielte Toleranz unter Umständen höher ist wie bei der rein diätetischen Behandlung[1].

Indikationen der Insulinbehandlung.

Absolute Indikation zur Insulinbehandlung besteht:

1. Beim Coma und den schwersten mit hoher Azidose einhergehenden Fällen.
2. Bei Komplikationen des Diabetes mit chirurgischen Erkrankungen: Gangrän, Phlegmone, Appendizitis usw.
3. Bei Komplikationen des Diabetes mit Infektionskrankheiten, Angina, Bronchitis usw.

Relative Indikation zur Insulinbehandlung besteht:

1. Bei allen schweren Fällen von Diabetes.
2. Bei Komplikationen des Diabetes durch Magen-Darmstörungen, Furunkulose, Pruritus, Alveolarpyorrhoe usw.
3. Bei gleichzeitiger Gravidität.
4. Bei Fällen mit psychischer Depression, durch die Einförmigkeit der Kost bedingt.

Kontraindiziert ist die Insulinbehandlung:

1. Bei Fällen von Nierenglykosurie (renaler Diabetes).
2. Bei insulinrefraktären Fällen (Fällen, bei denen durch Insulin kein nennenswerter Einfluß auf den Blutzucker und die Zuckerausscheidung im Harn ausgeübt wird).

Praktische Durchführung der Insulinbehandlung.

Eine kunstgerechte Insulinkur setzt die genaue Kenntnis der Grundsätze der diätetischen Behandlung voraus.

Kost: Der Kranke wird auf eine seinem Zustande entsprechende Kost gesetzt, die vor allem dem Zustand des Magen-Darmkanales, dem

---

[1] Vergl. W. Falta, F. Depisch und F. Högler: Über die Insulinbehandlung des Diabetes mellitus. W. A. f. Inn. Med. VIII. Bd. 1924.
W. Falta: Über die Bedeutung des Insulins für Klinik und Behandlung der Zuckerkrankheit. Kl. Wschr. Nr. 31, 1924.

Nahrungsbedürfnis, eventuell vorhandenen Komplikationen usw. Rechnung tragen, soll. Zweckmäßig erweist sich häufig eine der üblichen Probediät entsprechende Kost mit ungefähr folgender Zusammensetzung:

150 g Fleisch, 2 bis 3 Eier, 200 g Obers, 75 g Weißbrot, 600 bis 800 g Gemüse und 150 bis 200 g Fett.

Das zuckerbildende Material dieser Kost wird am besten auf drei Mahlzeiten, Frühstück, Mittagessen und Abendessen, verteilt und eine halbe Stunde vor jeder Mahlzeit eine Insulininjektion gegeben.

Dosierung[2]: Die Dosierung ist abhängig von der Menge des zuckerbildenden Materiales in der Kost und von der Schwere des Falles. Bei einer Kost wie oben erwähnt kann bei mittelschweren und schweren Fällen von Diabetes die Insulindosis zweckmäßig im Anfang dreimal 15 bis dreimal 20 kl. E. Insulin pro die betragen (das ist dreimal ¾ — 1 cm^3 der Insulinlösung).

Die weitere Dosierung richtet sich nach dem Harnzucker. Verschwindet der Zucker im Harn bei der oben erwähnten Insulindosis nicht, dann steigt man auf dreimal 30, dreimal 40 kl. E. pro die, solange, bis die Zuckerausscheidung im Harn aufhört. Wird umgekehrt bei der angegebenen Dosis der Harn rasch zuckerfrei und treten die charakteristischen Überdosierungserscheinungen (siehe „hypoglykämische Reaktion") auf, dann wird die Insulinmenge entsprechend vermindert. Die richtige Dosierung ist dann erreicht, wenn bei geringen oder fehlenden hypoglykämischen Erscheinungen der Harn zuckerfrei ist und der Blutzucker nüchtern und während des Tages in normalen Grenzen bleibt. Wenn dieser Zustand durch längere Zeit angedauert hat, kann man versuchen, das Insulin abzubauen, um, wenn möglich, den Patienten ohne Insulin mit einer genügenden Toleranz entlassen zu können. Besondere Erwähnung bedarf die Behandlung des Coma diabeticum.

Der Patient erhält in ein- bis zweistündlichen Zwischenräumen große Dosen von Insulin, solange, bis die Comaerscheinungen geschwunden sind und der Harn zuckerfrei geworden ist. Es empfiehlt sich, im Anfang hohe Dosen (100 kl. E. pro Injektion) und auch nach dem Schwinden der Comaerscheinungen noch solange in zwei- bis dreistündlichen Intervallen Insulin (30 bis 50 kl. E.) zu geben, bis der Harn zuckerfrei geworden ist. Daneben dürfen Darmspülungen, Versorgung des Herzgefäßsystems mit Kampfer und Koffein, warme Packungen usw. nicht vergessen werden. Reichliche Zufuhr von Alkohol (Kognak, Wein, Champagner), schwarzer Kaffee, Tee ist angezeigt. An Nahrung soll nur ½ bis ¾ l Milch pro die gegeben werden. Bei leichteren komatösen Zuständen kann man von der Alkalibehandlung absehen. Bei tiefem Coma empfiehlt es sich, neben der erwähnten Behandlung auch 1 l 4% Natriumbicarbonicumlösung (40.0: 1000.0) eventuell mit 50 bis 100 kl. E. Insulin intravenös zu infundieren.

Hypoglykämische Reaktion. Als hypoglykämische Reaktion bezeichnet man jene Erscheinungen, die durch eine abnorme Senkung des Blutzuckerspiegels unter den normalen Wert zustande kommen und die sich in folgender Weise bemerkbar machen: Der Pat. klagt über ein Gefühl von Unruhe, Zittern, Heißhunger, Herzklopfen, Schwitzen, Schwindelgefühl. Objektiv ist in diesem Zustand meist eine abnorme Blässe, Pulsbeschleunigung, Pupillenerweiterung und vermehrte Schweißsekretion festzustellen. Bei starken hypoglykämischen Reaktionen kommt es zu

[2] Die Vorbedingung für eine richtige Dosierung ist ein gut ausgewertetes konstant wirkendes Insulinpräparat. Vergl. diesbezüglich F. Depisch, F. Högler und K. Meberrack: Klin. Wschr. 1924, Nr. 15, 24 und 28.

Schwindelgefühl, Benommenheit, Sprachstörungen, Deliren, Krämpfen und im weiteren Verlaufe zu einem tief komatösen Zustand mit Fehlen der Reflexe. Bei solchen schweren h. R. ist unter den oben bereits erwähnten Erscheinungen die abundante Schweißrekretion besonders charakteristisch.

Die Behandlung der hypoglykämischen Reaktion ist bei leichteren Zuständen nicht nötig. Ist das Herzklopfen, Zittern und Schwitzen für den Pat. bereits sehr belästigend, dann genügt meist ein Stück Brot oder ein bis zwei Stück Würfelzucker, etwas Orangensaft u. dgl., um den Zustand in kurzer Zeit zu beheben. Ist der Zustand so schwer, daß der Pat. nicht schlucken kann, dann ist es am zweckmäßigsten, 10 bis 20 cm³ einer 10 bis 20%igen Traubenzuckerlösung subkutan oder intravenös zu injizieren und die Injektion so oft zu wiederholen, bis die Erscheinungen geschwunden sind. Bei so schweren Zuständen ist es auch zweckmäßig, neben der Zuckerinjektion 1 mg Adrenalin subkutan zu injizieren. Wenn man sich an die oben angegebenen Weisungen bezüglich der Dosierung, vor allem aber an das richtige zeitliche Verhältnis von Insulininjektion und Nahrungszufuhr hält, wird man kaum mit einer schweren hypoglykämischen Reaktion rechnen müssen.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.[1]

Fragen:

32. Gelegentlich der am achten Lebenstage vorgenommenen rituellen Zirkumzision beobachtete ich in zwei Fällen Nachblutungen; in dem einen Falle trotz exaktester Naht Blutstillung erst nach Injektion von Gelatine eingetreten (parenchymatöse Blutung). Beide Knaben hatten einen Icterus neonatorum; anamnestisch in beiden Fällen erhöhte Bereitschaft des Vaters zu parenchymatösen Blutungen, z. B. bei Zahnextraktionen. Ist ein Einfluß des Icterus neonatorum auf Gerinnungsfähigkeit des Blutes wissenschaftlich nachgewiesen, mithin jeder operative Eingriff in solchen Fällen kontraindiziert? Dr. V. in W.

33. 28jähriger Beamter, sehr intelligent, seit Krieg Epilepsie. Trauma ausgeschlossen. Voriges Jahr gehäufte Anfälle mit etwa 14 Tage dauernder psychischer Epilepsie. Über diese Zeit besteht Amnesie. Bisherige Therapie: Brom, Luminal, Xifalmilch. Nach letzterer Besserung bis auf einen Anfall in etwa fünf Wochen. Die Injektionen wurden eine Zeit lang unterbrochen, nach Wiederaufnahme anaphylaktische Erscheinungen, derentwegen Xifalmilch ausgesetzt wurde. Therapie, Prognose?

Dr. N. in G.

34. 34jähriger Beamter. Seit einem heftigen, vom Arzt als „Cholera" bezeichneten Durchfall vor sechs Jahren ständige Magendarmbeschwerden. Nebenbei besteht beiderseitige, fibröse, völlig inaktive Tbc. Von Seite des Magens: Appetitlosigkeit, Drücken; Darm: von Zeit zu Zeit quälender Meteorismus, dadurch häufig Durchfall, sonst Stuhl normal. — Magensaft: niedere Säurewerte. Röntgen: leichte Ptosis, Stuhl auch mikroskopisch normal. Diät, Alkoholabstinenz, sowie alle angewandten

---

[1] Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Raummangels werden nur die Anfragen von allgemeinem Interesse veröffentlicht. Behufs etwaiger brieflicher Beantwortung ersuchen wir daher um Beifügung von Rückporto. Die Red.

internen Mittel erfolglos. Nur nach einem sechswöchigen Urlaub im Sommer leichte Besserung und Gewichtszunahme. Seither wieder Verschlechterung. Während des Urlaubes Konsultation eines bekannten Wiener Spezialisten. Bekam Pepsin-Salzsäure. Auch dies erfolglos. Therapie?
Dr. N. in G.

35. Bei Patient tritt bei starker Beugung im Knie und Hüftgelenk Krampf im Oberschenkel auf. Welches ist die Ursache und wie behandelt man dieses Leiden? Keine Arteriosklerose. Könnte der Gebrauch von Yohimbin verschlimmernd darauf wirken? Dr. L. in B.

36. Patientin 22 Jahre alt, anämisch, gravid im dritten Monat, infolge starker Hyperemesis gravidarum bettlägerig. Nachmittags Temperatur 37.2, linke Spitze leicht gedämpft, etwas verschärftes Atmen, sonst normaler Lungen- und Herzbefund. Gynäkologisch normaler Befund. Urin normal. Patientin hat etwas vergrößerte schmerzlose Axillar-, Zervikal- und Maxillardrüsen. Nach einiger Zeit bemerkte Patientin, daß die Temperatur nur in der linken Axilla erhöht ist, während rechts normale Temperatur 36.7 besteht. Ich selbst kontrollierte das mit zwei Thermometern: links ständig 37.2 bis 37.3, rechts normale Temperatur. Rektale Messung ergab ständig normale Temperatur. Wie ist nun diese Temperaturdifferenz zu erklären? Dr. J. D. in S.

37. Mir wurde berichtet, daß Dr. Noebel in Lausanne eine prinzipiell neue Art der Krebsbehandlung durchführt. Kann jemand Näheres darüber sagen? Dr. V. K. in W.

38. Was versteht man unter dem trikuspidalem Stauungstypus-Neusser? Dr. E. R. in Z.

39. Wie hat sich das Domatrin bei Narkosen bewährt?
Dr. P. in W.

40. Welches ist das beste Werk über das Krebsproblem? Welche Zeitschrift behandelt die Krebsforschung und welches ist das beste deutsche Krebsforschungsinstitut? Dr. N. in C.

41. 20jähriges Mädchen mit Luxatio coxae congenita. Ist noch eine aussichtsreiche Therapie in diesem Falle möglich?
Dr. G. W. in K.

42. Bin 38jähriger Landarzt. 1914 Epididymitis tbc., 1923 Nierentbc. und Nephrektomie. Bekomme seit Juni 1924 öfters anfallartige Schmerzen im rechten Kniegelenk; später trat Exsudat im Knie auf. Röntgen: Knochen gesund, Gelenklinie undeutlich, Tbc. synovialis. Auf Röntgenbestrahlungen und Stauungsbinde Besserung der Schmerzen. Ist Aussicht auf Erhaltung der Gelenksfunktion? Kann man neben Röntgen- auch Heliotherapie betreiben? Verstärkt Jodnatrium die Wirkung der Stauungstherapie? Schädigt der dauernde Jodnatriumgebrauch die Potenz?
Dr. K. T. in R.

43. Ich habe infolge chronischer Blepharitis seit eineinhalb Jahren am linken Unterlide eine Retentionszyste, die warzenartig aussieht und wächst. Ist elektrolytische Entfernung oder Exzision angezeigt? Chirurg oder Augenarzt? Dr. R. F. in W.

44. Bei meinem 23jährigen Bruder brach vor kurzem Schizophrenie aus. Er war früher nie krank, kein Sonderling. Hereditär nichts Belastendes nachzuweisen. Kann ich als Bruder unbesorgt eine Ehe eingehen? Dr. E. S. in S.

45. Bedeutet eine ständige Temperatur von 35.5° C bei einem sonst stark entwickelten, 13 Monate alten Kinde mit gutem Appetit, heiterer Stimmung etwas Pathologisches? Das Kind geht schon allein.
Dr. A. C. in D.

46. Wer hat Erfahrungen mit Dermaprotin (Rosenberg), einem perkutan anzuwendenden Mittel zur spezifischen Reiztherapie?

Dr. R. L. in J.

47. Wie können die letzten Lebensjahre (oder Monate?) einer Schrumpfniere-Kranken, bei der alle üblichen Mittel einschließlich Aderlaß erschöpft sind, die gleichwohl vor Unruhe, Angstzuständen, hochgradiger Nervosität infolge Kopfdruck, Schwindel, Herzanfällen usw., Selbstmordgedanken äußert, erträglich gemacht werden? Dr. C. B. in K.

48. 30jähriges, kräftiges Fräulein erkrankte vor einem Jahre an Pyelozystitis. Harn alkalisch, trübe, im Sediment Kolibazillen, gramnegative Diplokokken, Strepto- und Staphylokokken. Innere Medikation und Neosalvarsan ohne Erfolg. Zysto- und Ureteroskopie ergeben keine Anhaltspunkte für eine Nierentbc.; weder mikroskopisch noch im Tierversuch lassen sich Tbc.-Bazillen nachweisen. Patientin hat seither um 4 kg zugenommen. Auf intravenöse Trypaflavininjektionen (0.05, 0.10, 0.15) werden die Bakterien spärlicher, verschwinden aber nicht ganz. Harn auch jetzt noch alkalisch, trübe, enthält Eiter. Kann dennoch eine Nierentbc. vorliegen und was wäre noch zu versuchen? Dr. O. L. in S.

49. 27jährige Frau leidet seit ihrer Kindheit an habitueller Obstipation. Ohne besonderen Erfolg wurde bisher eine Paraffineinlaufkur angeordnet. Da mit Laxantien kein Stuhlgang mehr eintritt, muß täglich Warmwasserklystier gemacht werden. Nach Aussage der Patientin besteht dieses Leiden auch bereits bei ihrer dreieinhalbjährigen Tochter seit der Geburt. Eine eineinhalbjährige Tochter ist in dieser Hinsicht vollkommen gesund. — Welche Kur käme eventuell noch bei der Mutter, welche bei dem dreieinhalbjährigen Kinde in Frage? Dr. H. R. in O.

50. Habe seit dem Kriegsende von mehreren Seiten eine Unmenge von Giemsa-, Jenner- und May-Grünwald-Farbstoff in Lösung, Tabletten und Pulver bezogen, leider mit keinem die prachtvollen Bilder erzielt, die früher ganz selbstverständlich waren. Die Farbstoffe scheinen zu dünn zu sein, man muß stärkere Konzentrationen wählen, respektive länger färben als vorgeschrieben ist. Die Farben der Präparate sind aber auch dann meistens verschwommen, jedenfalls nicht so distinkt wie früher, es gibt viel mehr Niederschläge, und sehr oft wird ein anfangs noch halbwegs brauchbarer Farbstoff in sehr kurzer Zeit unbrauchbar. Woran liegt das und wo könnte ich wirklich ganz tadellose Farbstoffe von Friedensqualität beziehen? Mein destilliertes Wasser ist daran nicht schuld

Dr. F. H. in M.

51. Kennt jemand ein Buch, welches sämtliche Arzneimittel, Arcana und Organpräparate enthält, kurz ihre Zusammensetzung und Dosierung angibt, ebenso etwaige Nebenerscheinungen, endlich ein vollständiges Register der volkstümlichen Arzneimittelbezeichnungen nebst Erklärung der etwa korrumpierten Wortbildungen (Ethymologie)?

Dr. R. in B.

52. Ein gut beobachtender, intelligenter Patient berichtet mir, daß beim Einnehmen des Rezeptes: Hexamethylentetramin, Phenylsalic. ana 0.3, (er schüttet das Pulver trocken auf die Zunge und trinkt Wasser nach) eine intensive Wärmeentwicklung auftrete. Dr. R. in B.

53. Wer hat Erfahrungen mit Pituisan bei Diabetes insipidus? Art der Anwendung, Dosierung, Erfolge? Dr. J. P. in W.

54. Darf man bei einer jungen Gravidität Arsenpräparate (Solarson, Optarson) ohne Schädigung der Frucht injizieren?

Dr. J. D. in S.

55. Wie schwer ist das Durchschnittgewicht des Gehirnes des Menschen, des Rindes, des Elephanten? Dr. G. in L.

56. Welches inländische Hypophysenpräparat wäre bei Diabetes insipidus zu empfehlen? Dr. J. P. in W.

Antworten:

Behandlung der Sycosis barbae. Vor einigen Jahren bekam ich einen verzweifelten Fall von Sycosis barbae zur Behandlung, der monatelang jeder Therapie trotzte. Ohne vorhergehende Epilation ließ ich nach Abreiben der eingetrockneten Eiterborken mit Salizyl-Resorzinspiritus die erkrankten Stellen mit 5% Cholevallösung bepinseln. Der Erfolg war eklatant, binnen zehn Tagen heilte die Sykosis ad integrum. Ich empfehle warm dieses Verfahren. Dr. **Rosenberg**, Turka.

Ad 201. Azetonbestimmung. Wir werden darauf aufmerksam gemacht, daß bei der Beantwortung dieser Frage zwei divergente Angaben gebracht wurden, indem die Red. eine 5%ige Lösung von Nitroprussidnatrum angibt, während nach der Beantwortung eines Abonnenten eine 25%ige Lösung verwendet werden soll. Nach Einsichtnahme in die Originalarbeit stellen wir fest, daß die 5%ige Lösung die richtige ist.

D. Red.

Ad 276. Apoplektiforme Anfälle nach Bienenstich. Da bekanntlich sklerotische Arterien zu Spasmen disponieren, so kann jedes Trauma bei einen im vorgeschrittenen Alter befindlichen Individuum zu denselben Veranlassung geben. Es vermag deshalb jeder plötzlich auftretende Schmerz, z. B. ein Bienenstich, obwohl eine für einen vollkommen Gesunden ohne Konsequenzen verlaufende, rasch vorübergehende Nervenirritation, bei einem Arteriosklerotiker eine Dyspragia cerebralis, analog dem intermittierenden Hinken, veranlassen. Allgemeinerscheinungen; wie Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoen, Herzklopfen, Schwindel, Ohnmacht sowie eine Urtikaria nach einem Bienenstich dürften wohl auf eine eigentümliche Leibesbeschaffenheit, welche auch als Idiosynkrasie bezeichnet wird, zurückzuführen sein. Nach neueren Erfahrungen dürften erst 500 Bienenstiche die Grenze der tötlichen Gabe für erwachsene Männer sein. Wäre es möglich, den Giftstoff rein darzustellen, so könnte man der für die Imker besonders wichtigen Frage der Immunisierung gegen das Bienengift nähertreten. Da aber ein wirksames Antibienenserum noch nicht gefunden worden ist, so kann bei möglichst rascher Entfernung des Stachels aus der Wunde die Irritation kupiert werden, was in praxi nur ganz ausnahmsweise zutreffen wird. In der Regel wird man bei überempfindlichen Menschen gegen den Schmerz symptomatisch vorgehen. Bei Bienen- und Wespenstichen bewähren sich außer Aufträufeln von Chloroform, insbesondere das Einpinseln von Rp. Camphorae, Chloralhydrat. ana 5.00. Misce terendo — auf die affizierten Stellen, bei schweren Allgemeinerscheinungen vor allem Koffeininjektionen. Dr. E. **Kapelusch**, Wien.

Ad 287. Das „Wirbeln" besteht, soviel ich weiß, in methodischen Rumpfbewegungen nach Art der in „Mein System" beschriebenen, sowie in Nervenpunktmassage der zu beiden Seiten der Wirbelsäule austretenden Nerven. Dr. **Langguth**, Oeynhausen.

Ad 287. Dieses Verfahren üben seit alten Zeiten die Japaner. Wissenschaftlich behandelt wurde dasselbe zuerst von Abrams in San Francisko, „Spondylotherapie", 1912. Es beruht auf mechanischer Beeinflussung des Sympathikus und des autonomen Nervensystems durch Beklopfen oder Drücken der entsprechenden Wirbel. Das Verfahren wird auch in Wiener Kliniken geübt. So sah ich auf der Klinik des Hofrates H. Schlesinger bei stenokardischen Anfällen durch rasches Beklopfen der Herzgegend mit der

seitlichen Handfläche die Anfälle rasch schwinden. Das Beklopfen beeinflußt den Sympathikus und verursacht Blutdrucksenkung.

Dr. **Rosenberg**, Turka.

Ad 300. Angina pectoris. Bei jeder mit einem Vitium cordis kombinierten Angina pectoris muß die WaR gemacht und eventuell spezifisch behandelt werden. Nitroglyzerin versagt selten, wenn es nicht in Tabletten, sondern in flüssiger Form (zwei Tropfen einer 1%igen alkoholischen Lösung) genommen wird. Momentane Erleichterung bringt auch Inhalieren von Amynitrit! Die feinen Glasröhrchen mit der gebräuchlichen Einzeldosis werden im Taschentuch zerdrückt und dann durch Nase und Mund eingeatmet, oder man verschreibt: Rp. Amyl. nitr., Spiritus aether. nitros. ana 5.0. D. S. vier bis fünf Tropfen aufs Taschentuch schütten und einzuatmen. — Bekannt ist auch die gute Wirkung von Diuretin (zweimal täglich 0.5 in Oblaten, eventuell kombiniert mit Papaverin 0.03 und Antipyrin 0.25). Intravenöse Injektionen von Telatuten und Vasotonin sind in der Zwischenzeit zu versuchen.

Dr. **Burwinkel**, Bad Nauheim.

Ad 300. Aus der Fragestellung ist nicht zu entnehmen, in welcher Art und Stärke die Anfälle auftreten, wie hoch der Blutdruck und wie die Nierenfunktion ist. Beim schweren Anfall ist jedenfalls zur raschen Beseitigung der Beschwerden die Morphinspritze nicht zu entbehren, wenn Nitroglyzerin und ähnliche Palliativmittel nicht nützen, bzw. den Anfall nicht kupieren. Nach dem Anfall Diuretin oder Kalzium-Diuretin, Erythroltetranitrat (in Tabletten zu 0.005), Digipuratum (fünf bis acht Tropfen pro Tag längere Zeit fortgesetzt), falls keine Gegenindikation für Digitalis besteht. Daneben Regelung der Diät in den Ruhepausen, Vermeidung von Aufregung und jeglicher Anstrengung, Alkohol- und Nikotinabstinenz und, wenn möglich, längeres Ausspannen in einem günstig gelegenen Mittelgebirgs- oder subalpinen Ort oder vorsichtige, vom Arzt geleitete Kur in einem Badeort mit Kohlensäure-Solbädern. Auch intravenöse Injektionen von Telatuten oder Traubenzucker oder Najosil können versucht werden. Differentialdiagnostisch muß man bei schweren Anfällen auch an Aortitis luetica denken und, wenn solche mit allen diagnostischen Hilfsmitteln (WaR, Röntgen) festgestellt, spezifische Therapie einleiten.

San.-Rat Dr. **Wahle**, Kissingen.

Ad 302. Halsdrüsenschwellung bei Scharlach. Am ersten Tage des Exanthems wird eine intramuskuläre Injektion von 10 g Aolan gegeben, täglich wiederholte Prießnitz-Umschläge, intern Salizyl. Dabei kommt es sehr selten zu der unangenehmen Komplikation der Halsdrüsenschwellung. Schwellen die Halsdrüsen dennoch an, dann gibt man eine zweite Injektion und lokal Jodvasogen und Burow, worauf die Schwellung meist zurückgeht. Werden die Drüsen aber eitrig, so gebe ich eine dritte Aolan-Injektion und lokal heiße Kataplasmen bis zum Durchbruch; eventuell Inzision.

Dr. J. **Irrgang**, Przemysl.

Ad 302. Es dürfte sich wohl um ein Scharlachdiphtheroid handeln, wo die Halsdrüsen bretthart anschwellen. Vor drei Jahren herrschte in ganz Kleinpolen eine ähnliche Epidemie. Ich hatte dabei mit folgendem Verfahren volle Erfolge, keinen einzigen Mißerfolg: Sofort am zweiten Tage der Erkrankung Injektion von polyvalentem Streptokokkenserum und gleichzeitig Bekämpfung der Krankheit am Orte der Infektion: fleißige Pinselung des Rachens mit: Tinct. jodi 10.0, Acidi salicyl. 0.2, Thymoli 0.1. — Einträufeln in die Nase einer Emulsion von Perubalsam, da auch der Nasenrachenraum infiziert ist. Auf die brettharten Drüsen applizierte ich in dicker Auftragung 10% Iothionsalbe, darauf den ganzen Tag heiße Kataplasmen, wodurch eine Leukozytose in den Drüsen hervorgerufen wird und die Drüsen eitrig einschmelzen. Der Eiter wurde punktiert und Karbol-

säurelösung in die Abszeßhöhle injiziert. In den nichtbehandelten Drüsen bei anderen Kindern entstand eine feuchte Gangrän, worauf die Drüsen in toto als Gewebsfetzen herausfielen und klaffende Löcher zurückließen. Diese Kinder erlagen der Sepsis. Bei dem von mir angegebenen Verfahren wird die Leukozytose mit dem Virus in den Drüsen fertig, so daß dieses nicht mehr den übrigen Körper überschwemmen kann.

Dr. **Rosenberg**, Turka.

Ad 302. Ich empfehle bei Scharlachepidemien folgende Behandlung nach Milne. Die englischen Ärzte loben die Methode sehr, weil sie keine Isolierung der Kranken erfordert. Das Verfahren besteht in energischem Auswischen der Kehle mit einem in 10% Karbolöl getränkten Tampon, und zwar in den ersten 48 Stunden jede dritte Stunde Tag und Nacht hindurch, dann noch eine Woche lang zweimal täglich. Außerdem wird die ganze Körperoberfläche und der Kopf mit Tinctura Eucalypti eingeschmiert, und zwar in den ersten zwei Krankheitstagen zweimal, dann noch durch eine Woche hindurch einmal täglich. Bei Erwachsenen benützt man 10%iges Karbolöl, bei Kindern je nach dem Alter entsprechend schwächere Konzentrationen. Vorteile der Methode: Vollkommene Genesung ohne Komplikationen und, was das Wichtigste ist, das Kind kann zwischen anderen Kranken belassen werden, ohne eine Weiterverbreitung der Krankheit befürchten zu müssen. Ich war mit dieser Methode sehr zufrieden. In zehn Tagen trat ohne Komplikationen Genesung ein.

Dr. E. **Smegac**, Slatina, SHS.

Ad 302. Ein erbsengroßes Stück Unguentum cinereum auf die Drüsen, fünf Tropfen Kreolin auf ein Glas Wasser zum Gurgeln. In schweren Fällen innerlich Creosotum carbon. neben Bäderbehandlung.

Dr. H. **Lepa**, Königsberg.

Ad 304. Chininwirkung bei Typhus und Malaria. Die günstige Beeinflussung des Herzens bei Typhus abd. durch Chinin ist außerordentlich wahrscheinlich, zumal da gerade bei Typhus die Neigung der Pulsfrequenz besteht, sich bei sehr hoher Kontinua auf unverhältnismäßig niedrigem Niveau zu halten. Den Nachteil des Chinins, welches ich gern als Herzmittel benütze, daß seine Wirkung sofort mit dem Aussetzen vorüber ist, habe ich auch schon öfters unangenehm empfunden, zumal da das Herz nach Chinin auf andere Herzmittel schlecht anzusprechen scheint.

Dr. **Ritscher**, Bredstedt.

Ad 305. Anfälle von Bewußtseinsstörung und Herzschmerz. Es dürfte sich um eine Angina spuria oder nervosa handeln, falls kein Klappenfehler besteht. Übergießen mit einem Kübel kalten Wassers oder energische Abklatschungen mit einem feuchten Handtuch werden dann die Anfälle schnell zum Schwinden bringen. Achtung auf gastro-intestinale Störungen!

Dr. **Burwinkel**, Bad Nauheim.

Ad 307. Eine periodische Zeitschrift über die Beziehungen der Medizin zur Kunst existiert meines Wissens nicht. Am nächsten kommt Ihrer Anfrage „La Nature“, revue illustrée des sciences et de leurs applications aux arts; erscheint jeden Samstag, 16 Seiten, reich illustriert, Probeheft einen französischen Franken. Die beste Auskunft erhalten Sie wahrscheinlich bei den Buchhändlern Vigot frères, 23 rue de l'école de médecine. Paris, besonders wenn Sie in französischer Sprache anfragen. Einschlägige englische Literatur dürften Sie über Anfrage von der großen Buchhandlung Mudie, London WC, 30—34 New Oxford Street, erhalten. — In Wien waren seinerzeit für Ihr Thema interessiert die Professoren v. Töply und Neuburger.

Primar. Dr. **Manuel**, Zwickau i. B.

Ad 307. Literatur über Medizin und Kunst: Choulant L., Geschichte und Bibliographie der anatomischen Abbildungen nach ihrer Be-

ziehung zur anatomischen Wissenschaft und bildenden Kunst. Nebst einer Auswahl von Illustrationen nach Holbein, Lionardo da Vinci usw., Leipzig 1852. — Holländer E., Plastik und Medizin. Stuttgart 1912. F. Enke. — Holländer E., Die Karikatur und Satire in der Medizin. Mediko-kunsthistorische Studie. 2. Aufl. Stuttgart 1921. F. Enke. — Holländer E., Die Medizin in der klassischen Malerei. 3. Aufl. Stuttgart 1923. F. Enke. — Holländer E., Wunder, Wundergeburt und Wundergestalt. In Einblattdrucken des 15. bis 18. Jahrhunderts. Stuttgart 1921. F. Enke. — Müllerheim, „Die Wochenstube in der Kunst. Stuttgart 1904. F. Enke. — Singer A. W., Arzneibereitung und Heilkunde in der Kunst. Leipzig 1923. — Stratz, Die Rassenschönheit des Weibes. 16. und 17. Aufl. Stuttgart 1922. F. Enke. — Weber F. P., Des Todes Bild. Bearbeitet von E. Holländer. Berlin 1923. Fontane & Co. — Periodische Schriften sind uns nicht bekannt, doch bringen folgende Zeitschriften gelegentlich Beiträge zu dem Thema: Annals of med. history. New York, Paul B. Hoeber, 67—69 East 59th Streat (Originalartikel und Abbildungen). — Le Progrès médical, Verlag: Paris, 41 Rue des écoles (monatlich illustrierte Beilage). — Paris médical, Verlag: Baillière & fils, Paris, 19 rue Hautefeuille (Originalartikel). — Mitteilungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaft, Verlag: Leopold Voss, Leipzig (Referate).

Medizinisch-literarische Zentralstelle, Berlin W. 15.

Ad 308. Literatur über Sozialmedizin: Ewald W., Soziale Medizin. Bd. 1: 1911. Bd. 2: 1914. Berlin, J. Springer. — Grotjahn-Kaup, Handwörterbuch der sozialen Hygiene. 2. Bände. Leipzig 1912. C. F. W. Vogel. — Gottstein-Tugendreich, Sozialärztliches Praktikum. 2. Aufl. Berlin 1920. J. Springer. — Grotjahn A., Soziale Pathologie. 3. Aufl. Berlin 1923. J. Springer. — Sozialhygienische Rundschau. Herausgegeben von der Arbeitsgeminschaft sozialhygienischer Reichsfachverbände. Geschäftsstelle: Charlottenburg 5, Mollwitz-Frankstraße (monatliche Referate).

Medizinisch-literarische Zentralstelle, Berlin W. 15.

Ad 309. Brennen in der Harnröhre. Das bei Ihrem Vater seit mehreren Jahren andauernde Brennen hat seinen streng lokalisierten Sitz in der Harnröhre selbst, ist kein irradiiertes Fernsymptom, da keine Anhaltspunkte für irgend gleichzeitig bestehende ernste pathologische Prozesse in der Harnblase (Miktion ungestört) oder in der Niere beobachtet werden. Dies legt mir den Gedanken nahe, daß das Brennen in der Urethra durch den relativ höheren azidotischen Grad des Urins verursacht wird. Infolge protrahierten Kontraktes und Imprägnierung mit hochkonzentrierten harnsauren Salzen werden die sensiblen Nervenendigungen der urethralen Mukosa derart erregt, daß mannigfache subjektive Empfindungen und Beschwerden hervorgerufen werden können. In höherem Grade kann das Urat im Schleimhautgewebe stellenweise haften und bei übermäßig ätzender Beschaffenheit sogar zu Läsionen der Epitheldecke führen. — Da der aktuelle Aziditätsgrad des Harns als ätiologischer Faktor für das quälende, gegen die bisherige Medikation refraktäre Leiden höchst wahrscheinlich erscheint, so ist der exzessiv hohe Harnsäurekonzentrationsgrad herabzusetzen. Der Einfluß der Nahrung auf die Aziditätsschwankungen des Urins erfordert absolute lakto-vegetabile, purinfreie Diät. Reichlicher Obstgenuß wird den Harn fast anazid machen. Orale Darreichung von Oleum lini cum opium 300.0 pro die wird wesentlich kalmierend wirken.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Czernowitz.

Ad 309. Wenn dreimal täglich 25 Tropfen Santyl oder auch Tinct. cannab. ind. nicht helfen, so empfehlen sich große Dosen Atropin in Sup-

positorien. Nebenher heiße Sitzbäder von zehn Minuten Dauer und reichlich recht warmen Lindenblütentee.

Dr. **Burwinkel,** Bad Nauheim.

Ad 309. Versuchen Sie das schon vom Prof. Virchow empfohlene und selbst erprobte Mittel: Dreimal täglich einen halben Teelöffel Borax. Daneben empfehle ich Trinken von Buttermilch oder Molken.

Dr. **Lepa,** Königsberg.

Ad 315. Frostbeulen. Täglich 38 bis 40° C warme Fußbäder mit Zusatz von Eichen- oder Fichtenrindenabkochung, hernach Abreibung mit Franzbranntwein oder Novopinspiritus, am besten abends vor dem Zubettgehen. Früh beim Aufstehen sind die Frostbeulen mit Kampfersalbe oder Thigenol einzuschmieren: in letzter Zeit werden auch Pinselungen mit Thiosept oder Heliobrom empfohlen. Warme Strümpfe und gute Schuhe sind natürlich unbedingt notwendig. San.-Rat Dr. **Wahle,** Kissingen.

Ad 315. Röntgenbehandlung der Frostbeulen hat den besten Erfolg.

Dr. **Langguth,** Bad Oeynhausen.

Ad 315. Sehr zu empfehlen ist auch das „Thiosept", ein ichthyolähnliches, nicht schmutzendes und billiges Mittel. Hersteller: Tiroler Ölwerke in Reutte (Tirol). **D. Red.**

Ad 316. Hartnäckige Konjunktivitis. Ich bin ganz der Meinung des Anfragenden, daß es sich um ein angioneurotisches Ödem handelt und bin mit der Therapie einverstanden. Dozent Dr. R. **Bergmeister,** Wien.

Ad 316. Auch ich würde an ein angioneurotisches Ödem denken. Das rasche Absinken des Blutdruckes in den ersten Minuten nach Adrenalininjektion ist nicht extrem selten, könnte aber auf abnorme Einstellung der vasomotorischen Zentren hinweisen. — Ich würde raten: Nochmals intravenös Kalzium mit Harnstoff (Präparat „Afenil") zu geben, und zwar acht bis zehn Injektionen, ein- bis zweimal wöchentlich eine Ampulle; weiters energische Arsentherapie, eventuell Bluttransfusion. Von Psychotherapie erwarte ich in diesem Falle nichts.

Prof. Dr. H. **Schlesinger,** Wien.

Ad 316. Bei solchen angioneurotischen Ödemen bringt ein Aderlaß, je nach dem Kräftezustand von 150 bis 200 cm³ Blut und möglichst kurz vor Eintritt der Menses vorgenommen, meist schnelle Heilung. Hinterher zwei Stunden Bettruhe und Schwitzen (heißer Lindenblüten- oder Baldriantee). Eventuell Wiederholung nach zwei oder drei Monaten.

Dr. **Burwinkel,** Bad Nauheim.

Ad 317. Schlaflosigkeit. Da physikalische Methoden nicht durchführbar sind, so möge als tägliches Schlafmittel Paraldehyd (3 bis 5 g) verwendet werden, das nur einen Nachteil hat, daß die Exspirationsluft durch das aus der Lunge ausgeschiedene Paraldehyd riecht. Wird dieser Übelstand übersehen, so ist es das idealste Schlafmittel, weil es ohne Nachwirkung bleibt. Rp. Paraldehyd 3—5, Spir. sach. 5—8, Syr. citric. 10—15, Aqu. font. 30—50. Gut schütteln, eine halbe Stunde vor dem Schlafengehen nehmen (im Bette). Kann monatelang ohne Schädigung gegeben werden. Gegen die Ermüdung ist zu empfehlen Recresal nach Noorden.

Dr. L. **Isler,** Wien.

Ad 317. Abends Wechselfußbad von fünf bis zehn Minuten Dauer oder noch besser Halbbad von 36 bis 38° C, das langsam bis 24 bis 26° C abgekühlt wird, von 20 bis 30 Minuten Dauer. Nach dem Bade gut getrocknet oder noch etwa fünf bis zehn Minuten unbekleidet bleiben in geheiztem Raum und dann ins gut durchgewärmte Bett im ungeheizten oder etwas überschlagenen Schlafzimmer. Ein Schlafmittel (Adalin) ist auf den Nachttisch zu legen und nur im Notfalle zu nehmen. Alle erregenden

Speisen und Getränke sind abends, Kaffee auch nachmittags zu meiden. Bewegung im Freien vor oder nach dem nicht zu spät einzunehmenden Abendessen ist zu empfehlen. San.-Rat Dr. S. **Wahle,** Kissingen.

Ad 317. Wenn Sie Alkohol- und Veronalvergiftung u. dgl. vermeiden wollen, so lassen Sie sich von einem Mazdaznan die Tiefatmungen zeigen, 20 Züge genügen meistens. Abends eine Tasse Milch oder Milchsuppe, bei schweren Arteriosklerosen mit einem Teelöffel Milchzucker, eventuell per clysma, wenn Milch nicht vertragen wird. Dr. H. **Lepa,** Königsberg.

Ad 317. Liegt nicht Morbus Basedowi vor (eventuell intrathoracische Struma!)? Röntgen! Das Karotidenklopfen ist sehr verdächtig auf dieses Leiden. Dr. S. **Hunziker,** Amriswil (Schweiz).

Ad 317. In Anbetracht dessen, daß sämtliche gegen Ihre äußerst chronische Schlaflosigkeit und das depressive seelische Insuffizienzgefühl angewandten heroischen Medikamente unwirksam sind, dürften wohl organische Gründe für das Zustandekommen dieses hartnäckigen Leidens in Erwägung zu ziehen sein. Wenn auch eine pathologisch-anatomische Ursache bislang nicht festgestellt wurde, so darf man diesen anscheinend nervös bedingten Zustand nicht als simple Neurasthenie beurteilen. Der dauernde Charakter der psychischen, bzw. zerebralen Gesundheitsstörung muß hier besonders hervorgehoben werden. Es liegt nahe, daß es sich um eine zerebrogene Manifestation handelt, die höchstwahrscheinlich auf prämature atheromatöse Veränderungen in den feinen Hirngefäßen und überstarken Hirndruck zurückzuführen wären. Arteriosklerotiker laborieren häufig an rheumatoiden Sensationen und Atemerschwerungen (irrtümlich für Rheumatismus, Emphysem, Angin. pect. gedeutet) und bei Hypertonie mit gesteigertem Blutdruck an Karotidenklopfen. Von ausgezeichneter Wirkung zur Herbeiführung eines natürlichen Schlafes sind nach meiner Erfahrung: Freilufttherapie, Abreaktion der grübelnden Zwangsvorstellungen und ein Species nervinae-Infus allabendlich vor dem Schlafengehen.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Czernowitz.

Ad 317. Falls beschriebene Schlafstörung akut eingesetzt hat, sollte vor allem der symptomatische Charakter derselben ausgeschlossen werden. Ein vorausgegangener fieberhafter Zustand mit Kopfschmerz zur Zeit der Enzephalitisepidemie und in den nachfolgenden Monaten sporadisch vorkommender „Nachzügler" konnte nicht selten eine rätselhafte hartnäckige Schlafstörung ätiologisch klären. Der ätiologische Faktor ist nicht immer leicht zu fassen. Dies sei an zwei beobachteten einschlägigen Fällen von postenzephalitischer Agrypnie illustriert. Im ersten Falle konnte sich der Kranke nur schwer einer mit Kopfschmerzen verbundenen fieberhaften Attacke entsinnen; im zweiten Falle wurde von Seiten der Angehörigen über ein einige Tage anhaltendes Fieber berichtet, welches mit Herpes labialis einherging. Falls in Ihrem Falle der zuletzt betonte pathogenetische Faktor sowie auch Nervenlues (serologisch, nicht anamnestisch) ausgeschlossen werden können, muß die Ursache der schwer beeinflußbaren Agrypnie in einer Neurasthenie mit deutlichen Stigmen einer vegetativen Neurose gesucht werden Für letztere Annahme spricht das lästige Nachklingen unlustbetonter Tageseindrücke als Ausdruck der Übererregbarkeit der Hirnrinde. Die ärztlicherseits erhobene Vagotonie, deren klinische Dignität im konstitutionellen Sinne mit Recht angezweifelt wird, läßt eine Gleichgewichtsstörung im vegetativen Nervensystem erkennen. Eine wesentliche Besserung, bzw. Heilung der Agrypnie wird zu erzielen sein, falls Sie sich einem Arzte anvertrauen, dessen Autorität Sie sich kritiklos unterordnen. Die Therapie wird im Prinzip eine kalmierende sein. Zeitweise Unterbrechung der Berufstätigkeit, Milieuwechsel, Hydrothera

und Brompräparate in geeigneter Form sollen Ihrer individuellen Toleranz Rechnung tragen. Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 317. Bezüglich des psychogenen Faktors, der bei der nervösen Agrypnie eine große Rolle spielt und wie derselbe bekämpft werden soll, verweise ich auf meine Arbeit „Psychotherapie der Schlaflosigkeit" W. m. W. 1920. Im übrigen möchte ich erwähnen, daß entsprechende Hypnotika, mit der nötigen Ökonomie angewandt, bei nervöser Schlaflosigkeit nicht nur indiziert sind, sondern daß auch eine befriedigende Wirkung erzielt werden muß, sofern die Dosis eine genügende ist. Von den aufgezählten und erfolglos angewandten Mitteln ist es speziell das Veronal, das, richtig angewendet, unbedingt wirken muß. Nur darf dabei nicht vergessen werden, daß das Veronal im Magensafte sehr schwer löslich ist und daß die Resorption vom Dickdarme aus erst nach vielen Stunden erfolgen kann. Daher kommt es, daß die Wirkung so oft erst in den Morgenstunden, oder gar bei Tage eintritt. Aus diesem Grunde ist daher auch das leichter lösliche Veronalnatrium = Medinal, und dieses aufgekocht in warmem Baldriantee oder warmer Milch zu empfehlen. Die Flüssigkeit soll auch warm genossen werden, da das Medinal in kalter Flüssigkeit wieder ausfällt. Darauf wird so häufig nicht geachtet und daher die Mißerfolge. Nicht selten sieht man, daß das Medinal auch in der zweiten Nacht noch nachwirkt, so daß es nur jeden zweiten Abend gegeben werden muß. Meist genügt ½ g, seltener sind ¾ g notwendig. Wo Medinal ausnahmsweise nicht wirkt, muß Amylenhydrat 5 g in Mucilago gummi arab. und Aqu. ana 25 herbeigezogen werden. Es hat wohl einen sehr unangenehmen Geschmack und Geruch, ist aber relativ unschädlich. Ich muß noch nachtragen, daß Medinal durch Kombination mit 0.2 Pyramidon oder 0.02 Kodein in seiner Wirkung verstärkt wird. — Da Grübeleien, besonders die erwähnte Rekapitulation der am Tage vorgefallenen Ärgernisse entschieden, selbst bei anämischen Personen, Kongestion der Hirnrinde und der Hirnhäute erzeugen, sind warme (30° R) Tuschbäder vor dem Schlafengehen zu empfehlen. Ebenso Prießnitzbinde um das Abdomen nachtsüber. Endlich ist es wichtig, drei Stunden vor dem Schlafengehen beruflich auszuspannen und die Zeit durch Zusehen bei indifferenten Spielen (Schach, Domino usw.) zu verbringen.

Med.-Rat Dr. L. **Stein**, Wien.

Ad 319. Schlafmittel. Ein leichtes, verläßliches und unschädliches Schlafmittel ist das „Adalin-Bayer", ein bis zwei Tabletten abends vor dem Schlafengehen. Kann auch trocken genommen werden.

Dr. J. **Irrgang**, Przemysl.

Ad 320. Lipolysin enthält gewiß neben anderen Hormonen auch Schilddrüsensubstanz; ich habe jedoch bisher bei Anwendung des Mittels (meist intramuskulär) keine schädliche Wirkung gesehen, allerdings überzeuge ich mich vorher, ob nicht Hyperthyreoidismus vorliegt, und unterlasse in solchen Fällen die Verwendung des Lipolysins.

San.-Rat Dr. S. **Wahle**, Kissingen.

Ad 320. Lipolysin ist ein pluriglanduläres Entfettungsmittel, dessen Wirkung mitunter mit Störungen endokriner Natur einhergeht. Es besteht aus Schilddrüse, Pankreas, Keimdrüse und Hypophyse. Die Medikation setzt eine ärztliche Kontrolle des Nervensystems, der Herztätigkeit und des Zuckerstoffwechsels voraus. Bei endogener Form der Fettsucht ist der therapeutische Effekt nicht zu verkennen. Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 321. Haarausfall. Olei Macidis 3.0, Natr. chlorat. sicc. 2.0, Olei olivar. ad 30.0. D. S. Haaröl. — Mit schmaler Bürste alle zwei Tage auf den Haarboden (nicht die Haare) eingebürstet.

San.-Rat Dr. **Hoffmann**, Altheide.

Ad 322. Polyserositis. Diese Krankheit wurde in den letzten Jahren genauer studiert, mehrere ausführliche Arbeiten erschienen, auch von französischer und italienischer Seite erfolgten Publikationen, die zum chirurgischen Eingriff Stellung nehmen. Außer Punktionen bewährte sich die Talmasche Operation n u r im Anfangsstadium, das aber sehr schwer zu diagnostizieren ist; so berichtet L ä w e n über einen geheilten Fall von sechs Jahren nach Talmaoperation. E s a u berichtet über diese Erkrankung in zwei Fällen, die chirurgisch behandelt nach kurzer Zeit ad exitum kamen. Bei der chronisch verlaufenden Krankheit kommt in den späteren Stadien nur die Punktion in Betracht. — Ätiologisch ist nach meiner Zusammenstellung der Literatur keine einheitliche Ursache zu finden; jeder Autor präzisiert seinen Standpunkt. So faßt E s a u nach seinen chirurgischen Fällen diese Erkrankung als „Erkrankung des Dünndarmes" auf, andere als toxische Schädigung nach Tuberkulose „ähnlich dem Poncet".

Dr. L. **Isler**, Wien.

Ad 322. Während des Krieges hatte ich Gelegenheit, bei Pleuritiden, selbst wenn sie nicht immer einwandfrei serös waren, durch 1 bis 2 cm^3 subkutane Injektion des Punktats (Einstechen direkt an der Punktionsstelle, ohne die Nadel völlig aus der Haut zu ziehen), ein ungewöhnlich rasches Zurückgehen des Exsudats und eine beschleunigte Entfieberung zu beobachten. Ich hatte eine Reihe von Fällen derartig behandelt, wurde an der Veröffentlichung durch eigene Erkrankung gehindert, und später war mir das Material nicht mehr zugänglich. Vielleicht ließe sich in Ihrem Falle ein Gleiches versuchen. (Vgl. diese Nummer, Seite 55, Artikel „Perikarditis". — D. Red.) Dr. **Ritscher**, Bredstedt.

Ad 324. Telatuten ist ein eiweißfreies Extrakt aus der Gefäßintima junger Tiere. H e i l n e r ließ sich bei Herstellung dieses Präparates von der Idee einer Substitutionstherapie leiten. Ich kann auf Grund klinischer Beobachtung eine mitunter erhebliche depressorische Wirkung dem Präparat nicht absprechen. Jene von Heilner beschriebene „biologische Resonanz" im Sinne einer lokalen Gefäßreaktion oder einen überzeugenden kurativen Effekt konnte ich nicht feststellen. Der beobachtete Schüttelfrost nach intravenöser Applikation könnte auf zurückgebliebene Eiweißreste oder mangelhafte Sterilisierung der Injektionsflüssigkeit zurückgeführt werden. — Auch einer systematischen stomachalen Zufuhr von Animasa (einem synthetischen Präparat aus Erythrozyteneiweiß und Aortenintima) kommt eine depressorische Eigenschaft zu. Allerdings wird erst jahrelange Beobachtung ihrer Wirkung ihnen einen objektiven Wert zusprechen können. Als ätiotropes Heilmittel kann weder Telatuten noch Animasa gelten. Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 1. Hemianopsie. Jod-Diuretal (Fa. Riedel, täglich ein bis vier Tabletten). Es handelt sich höchstwahrscheinlich um Embolie.

San.-Rat Dr. **Hoffmann**, Altheide.

Ad 2. Prostatahypertrophie. Ich habe Erfolge gesehen von S a b a l s e r r u l a t a (Saw Palmetto). Man gibt wochenlang dreimal täglich fünf Tropfen der Tinktur (des Fluidextraktes) in einem Löffel Wasser. Das Mittel ist zu beziehen von Dr. Willmar Schwabe, Leipzig, Querstraße 5.

Dr. H. **Balzli**, St. Louis (Frankreich).

Ad 2. Chronischer Blasenkatarrh. Durch den Katheterismus traten zu den bereits jahrelang bestandenen Beschwerden bei der Harnentleerung die Erscheinungen einer infektiösen Cystitis auf. Die bisher angewandten üblichen Behandlungsmethoden haben leider wenig genützt, führten kein

Besserung der subjektiven Beschwerden herbei. Auf die besondere Virulenz der Infektion ist die hartnäckig lange Dauer dieses Leidens zurückzuführen. Allzuhäufige Instillationen mit Lapislösungen sowie nicht genug exakt aseptische Ausführungen sind wegen der nachfolgenden schmerzhaften Reaktionen und bedrohlicher Propagation pathogener Keime in Hinkunft zu vermeiden (Urosepsis, Spermatocystitis usw.). Eine absolute Indikation eines chirurgischen Eingriffes besteht beim Auftreten einer abszedierenden Entzündung der Prostata oder periprostatischen Eiterherdes (einfache Inzision) oder wenn die Prostatahypertrophie durch Fibrom oder Karzinom bedingt ist (Prostatektomie). Die konservative Behandlung kann sich bei Ihrem Pat. nur beschränken auf Trinkkuren: Wildungen, Vichy; Eukystol-Tee mit reizmildernder Wirkung und Besserung der Miktionsbeschwerden. Statt Santal ist Ol. Lini vorzuziehen. Bei Dysurie: Blutegel am Perineum. Ganz besonders empfehle ich das Kaseosan (Heyden) je 1½ cm³ in Abständen von drei Tagen intramuskulär zu injizieren. Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Czernowitz.

Ad 6. Parasiten bei Hauskatzen. Als parasitäre Hautkrankheit ist mir bei Katzen nur die Raude (Sarcoptes minor) bekannt, die, wie ich glaube, an den Menschen nicht übertragbar ist. Dagegen kommen bei Katzen verschiedene Arten von Tänien und Askariden vor, die bei näherer Berührung sicher auf Menschen übergehen können. Kindern ist also das Spielen mit Katzen zu verbieten.

San.-Rat Dr. **Wahle,** Kissingen.

Ad 7. Phlebitisbehandlung nach Fischer. Ich verfüge über keine eigene Erfahrung mit der genannten Methode, glaube aber, daß sie nur selten in Betracht kommt; denn nicht die Thromben in den äußerlich sichtbaren, am Unterschenkel befindlichen Varizen bilden eine wesentliche Emboliegefahr, sondern die Thromben in den großen, der Vena cava nahen Venen (Vena femoralis, iliaca, hypogastrica, sonstige Venen der Beckenorgane). Für diese gefährlichen Thromben kommt natürlich die fragliche Methode gar nicht in Btracht. Sie bleibt ferner auf Thromben beschränkt, bei denen keine Neigung zur Suppuration besteht. Bei akuter Phlebitis ist eine Kompression undurchführbar. Die praktische Bedeutung der Kompressionsbehandlung ist demnach keine erhebliche, und es wird sich für den Praktiker, der sich in seinem eigenen Interesse auf klinisch ausreichend erprobte Behandlungsmethoden beschränken soll, empfehlen, bei der bisherigen, zumindest unschädlichen Therapie zu bleiben.

Prof. Dr. J. **Novak,** Wien.

Ad 7. Anscheinend handelt es sich bei der Namensangabe K. W. Fischer um den Dr. Heinr. Fischer, Wiesbaden, der zur Behandlung der Phlebitis schon vor 20 Jahren Kompressionsverband empfohlen hat. Ich habe zwei Phlebitiden nach dieser Methode Fischers behandelt und bin mit dem Erfolg außerordentlich zufrieden. Nähere Einzelheiten über Art und Anlegen der Verbände finden sich: M. M. W. 1922, Nr. 4, und Med. Klinik 1910, Nr. 30. Fritz Lange (München): „Lehrbuch der Orthopädie", zweite Auflage, S. 502. Das Anlegen der Verbände ist nicht leicht Fischer rät selbst, es erst an nicht entzündeten Varizen einzuüben. Die Behandlung der Phlebitis mit Kompressionsverbänden ist eine der dankbarsten Aufgaben für jeden Arzt, da man den Kranken monatelanges Bettliegen erspart und die Phlebitis gründlicher heilt als durch jede andere Methode. Dr. **Jaeger,** Wenden in Westfalen.

Ad 9. Die Adresse ist zu erfragen bei Herrn Direktor Stephan Thoman, Budapest, Arena ut. 84. Dr. **Balog,** Vrbas.

Ad 11. Als Nebenwirkung des Antipyrins sind ödematöse Schwellungen, am häufigsten im Gesichte, an den Genitalien, Händen und Füßen beobachtet worden; dies der Grund, warum Antipyrin bei vielen Ärzten als Herzgift gilt. Von anderen Schädigungen des Antipyrins seien noch hervorgehoben: Hautexantheme (in 10% der Fälle). Sie stehen im Zusammenhange mit einer Wirkung des Antipyrins auf die vasomotorischen Nerven. — Eichhorst (1892) beobachtete nach einer einmaligen Dose von 0.5 g Antipyrin am zehnten Tage das Auftreten eines über den ganzen Körper verbreiteten masernähnlichen Exanthems, welches sieben Tage lang bestand und ganz allmählich verschwand; in einem anderen Falle trat schon eine Stunde nach der Einnahme von 1 g Antipyrin ein großfleckiges, nach einigen Stunden schwindendes, dann vier Tage später ein weiteres masernähnliches, mehrere Tage bleibendes Exanthem auf, obwohl das Antipyrin nicht weiter genommen worden war. Frühexantheme sind von Hahn (1889) nach Einnahme von 2 g innerhalb fünfviertel Stunden und von Young (1890) nach 0.4 g Antipyrin binnen 30 Minuten beobachtet worden. Prof. Dr. J. **Hockauf,** Wien.

Ad 14. Winterausschlag an den Händen. Bei solchen chronisch rezidivierenden Hautaffektionen auf beiden Handrücken wirkt nach meiner Erfahrung täglich durch etwa eine Woche angewendet „Ioapedrin" (Radiumapotheke St. Joachimstal) sehr gut. Sollte dieses auch versagen, dann rate ich zur Radiumbestrahlung. Dr. M. **Heiner,** St. Joachimstal.

Ad 16. Schütteln des **trüben Urins** mit pulverisierter Holz- oder Tierkohle und danach filtrieren klärt den Harn und macht ihn für Polarisation geeignet. San.-Rat Dr. **Wahle,** Kissingen.

Ad 17. Parästhesien. Die Radiumbade- und Trinkkur, kombiniert mit Radiumbestrahlungen in kleinen Dosen, bringt uns sehr günstige Erfolge bei Behandlung der Parästhesien. Die Radiumtrinkkur allein wirkt zu wenig energisch und ist daher für solche Patienten ein zu langwieriges Verfahren. Dr. M. **Heiner,** St. Joachimstal.

Ad 18. Pellotin ist ein Alkaloid aus Echinokaktus Williamsii Lom. (Mexikan. Cactee), subkutan 0.01 bis 0.02, oral 0.05 bis 0.08. — Mescalin ist ein Alkaloid aus Auhalonicum Lewinii Hennings, erzeugt farbenprächtige Halluzinationen, wird in Form des Extractum Auhalonii Lewinii fluid. zu 6 bis 15 cm^3 in dosi refracta als Berauschungsmittel genommen. — Beide Präparate für gedachten Zweck ungeeignet, da Herzgifte.

Apotheker N. **Redtenbacher,** Wien.

Ad 18. Mescalin. Mescalin oder Anhalonium erzeugt lässiges Behagen und phantastische, farbige Visionen, aber auch Koordinationsstörungen und Hyperreflexie. Ich möchte nicht raten, dieses Mittel zur Erzeugung von Euphorie zu verwenden.

Dr. H. **Balzli,** St. Louis (Frankreich).

Ad 19. Triphal, hergestellt von Farbwerken Höchst am Main ist ein hellgelbes Pulver (Aurothiobenzkarbonsaures Natrium) mit etwas über 40% Goldgehalt, im Wasser leicht löslich. Empfohlen zur Behandlung der Tuberkulose. Anwendung: intravenös in wässeriger Lösung 0.025 bis 0.2. Näheres durch Prospekte der Fabrik.

San.-Rat Dr. **Wahle,** Kissingen.

Ad 19. „Triphal" ist ein von den Höchster Farbwerken neu hergestelltes Goldpräparat, das vor dem bisherigen Krysolgan den Vorzi

geringerer Giftigkeit haben soll; intravenös zu injizieren. Die Domäne für jedes Goldpräparat, die Larynxtbc., erfordert jedenfalls Vorsicht in der Auswahl der Fälle wegen der Lungenherdreaktionen.

Dr. A. **Foitl**, Graz.

Ad 20. Arteriosklerose. Es handelt sich um Arteriovakzine nach Dr. Cilimbaris in Athen. Ich wende das Mittel (Injektionen in sterilen Ampullen) seit vier Jahren mit befriedigendem Erfolg neben den hiesigen Bädern (Kohlensäure) an. Mittel und Literatur durch Simons Apotheke, Berlin C 2. San.-Rat Dr. **Hoffmann**, Bad Altheide.

Ad 20. Es wird sich wohl um „Arteriovakzine Dr. Cilimbaris" handeln. Das Mittel besteht aus sterilisierten Aufschwemmungen von Darmbakterien, die als Ursache für die Entstehung der Arteriosklerose angenommen werden. Anwendung: subkutan. Zu beziehen von H. Siemons chem. Fabrik, Berlin C 2, Probststraße 14/16. (Sehr teuer! Zwölf Ampullen für Ärzte zirka Mark 35.—! — Die Red.)

San.-Rat Dr. **Wahle**, Kissingen.

Ad 20. S. Dr. P. Al. Cilimbaris, Athen (derzeit Charlottenburg, Suarezstraße 31): „Ein neues Verfahren zur Behandlung der Arteriosklerose", Berlin, 1921. Im Selbstverlage des Verfassers. Weitere Literatur hierüber scheint nicht vorzuliegen. **Die Red.**

Ad 21. Homöopathische Gallensteinmittel. Die Wirkung dieser Mittel kann ich nur bestätigen, sie ist auch begreiflich, wenn man die beiden Werke von Prof. Hugo Schulz „Vorlesungen über Wirkung und Anwendung der unorganischen Arzneistoffe" und „Vorlesungen über Wirkung und Anwendung der deutschen Arzneipflanzen" (Thieme, Leipzig) gelesen hat. Speziell Berberis vulgaris ist ein vorzügliches Mittel gegen Steindiathesen. Chelidonium majus ist ein altes, leider fast vergessenes Lebermittel. Wir arbeiten heute vielzuviel mit Präparaten der chemischen Industrie und treiben viel zu sehr Massenbehandlung. Die Schulzsche „Organtherapie" (nicht zu verwechseln mit „Organotherapie"!) geht individuell vor, sie stellt einige Anforderungen an das Denken des Arztes und wird vielleicht deswegen nicht recht bekannt. August Bier tritt warm für sie ein.

Dr. H. **Balzli**, St. Louis (Frankreich).

Ad 21. Ich empfehle dem Kollegen das Werk von Geheimrat Doktor Hugo Schulz: „Vorlesungen über Wirkung und Anwendung der deutschen Arzneipflanzen." Verlag Georg Thieme. Leipzig. Dort findet er, was es für eine Bewandtnis hat mit Carduni, Berberis, Chelidonium.

Dr. Erhard **Bonnet**, Neukirchen (Kreis Mörs, Rheinland).

Ad 23. Gelenkschwellungen. Ich möchte den Herrn Kollegen um einige ergänzende Mitteilungen über den fraglichen Krankheitsfall ersuchen, die zur Beurteilung desselben unentbehrlich sind: Wie ist der Allgemeinzustand, insbesondere die Temperatur zur Zeit der Gelenkschwellungen? Wie verhält sich der übrige Organbefund, insbesondere wie steht es mit den Tonsillen, den Mund- und Rachenorganen überhaupt? Wie ist der Befund des Herzens, der Harnbefund? Liegen Erscheinungen seitens der Haut vor? Auch der Befund des Nervensystems wäre von Interesse.

Prof. F. **Kovacs**, Wien.

Ad 27. Hodenhochstand. Erst bei beginnender Pubertät ist, wenn bis dahin die Hoden nicht ins Skrotum definitiv eingewandert sind, an die operative Fixierung, Orchidopexie zu denken. — Bis dahin keine Therapie Besteht Hernie oder offene Leistenkanäle? In letzterem Falle käme die Bassinische Operation zusammen mit der Orchidopexie in Betracht.

Prof. Dr. V. **Blum**, Wien.

Ad 29. Eifersuchtswahn. Ohne genauere persönliche Untersuchung ist nicht zu entscheiden, ob einfache überwertige Idee oder Eifersuchtsparanoia; auch zur Beurteilung der fraglichen Mydriasis genauere neurologische Untersuchung (WaR, Lumbalpunktat usw.) erforderlich. Am zweckmäßigsten aus diagnostischen und therapeutischen Gründen wäre Beobachtung in einem Sanatorium o. dgl. Prof. Dr. A. **Pilcz,** Wien.

Ad 29. Ich zitiere Ihnen Löwenfeld: „Die psychischen Zwangserscheinungen", 1904. Auch die Zwangsvorstellungen eifersüchtigen Inhalts können formell mit dementsprechenden Wahnideen übereinstimmen. Ist man bewußt, daß auch der, welcher von der Zwangsvorstellung ehelicher Untreue beherrscht wird, auf Spionage verfällt, wie der auf Grund trauriger Erfahrung Eifersüchtige . . . „Er wünscht aber nicht die Gewißheit zu erlangen, daß er betrogen wird, im Gegenteil, er strebt sich zu überzeugen, daß er nicht betrogen wird."

Auf Grund eines ähnlichen Falles kann ich Ihnen sagen, daß solche Zwangserscheinungen für den Betroffenen eine fürchterliche Marter sind, und trotz Krankheitseinsicht, oft keiner Therapie zugänglich, denn sie entstehen auf dem Boden verdrängter Vorstellungen im Sinne Freuds und Steckels (beim Manne ist es oft das Bewußtsein verminderter Potenz, und anknüpfend daran die Idee, daß die Gattin sich anderweitig Entschädigung suchen könnte). Wenden Sie sich an einen Psychoanalytiker.

Dr. O. **Leonhard,** Mühlbach (Siebenbürgen).

Ad 31. Die exsudative tuberkulöse Peritonitis gibt, speziell bei Fehlen sonstiger tuberkulöser Manifestationen, keine absolut infauste Prognose. Therapeutisch wäre in erster Linie Bettruhe, am besten Freiluftliegekur zu empfehlen, kombiniert mit Mastdiät. Wenn möglich, empfiehlt sich die Anwendung künstlicher Höhensonne, von kleinen Dosen (Bestrahlungszeiten) allmählich ansteigend. Andere therapeutische Maßnahmen wären noch Solbäder, Schmierseifen- oder Ichthyolsalben-Einreibungen. Schlechter sind die Aussichten bei der adhäsiven und knotigen Form. Die operative Therapie (Laparatomie) hat sich bei der exsudativen Form besser bewährt, als bei der adhäsiven.

Dozent Dr. R. **Neurath,** Wien.

Ad 31. Die Heilanstalt der Pensionsanstalt für Angestellte in Grimmenstein nimmt Kinder mit Tbc. im Alter von 3 bis 14 Jahren ohne Begleitung auf ihrem nach Rollierschem Muster erbauten modernst eingerichteten heliotherapeutischen Kinderpavillon auf. Pensionspreise inklusive ärztlicher Behandlung für Kinder von Mitgliedern der Pensionsversicherung *K* 75.000.—, für sonstige Kinder *K* 100.000.— täglich. Unsere Erfolge sind dieselben, wie sie die Schweiz aufzuweisen hat.

Primarius Dr. H. **Maendl,** Grimmenstein (N.-Ö.).

Ad 31. Ektebin (Prof. C. Moro). Literatur und Mittel (Salbe in Tuben) von E. Merck in Darmstadt. Milde, gefahrlose Kur.

San.-Rat Dr. **Hoffmann,** Altheide.

Ad 31. Ich rate Ihnen die Behandlung Ihrer Patientin mit Peritonitis tbc. mit „Tebecin" der Biopharma, Wien I., Schauflergasse 6, sehr warm an. Habe zwei Fälle mit reiner Peritonitis ohne Lungenkomplikationen nach Punktion des Abdomens mit Injektionen von Tebecin in zwei bis drei Monaten vollständig klinisch geheilt. Ein Fall von 18 Jahren, 39 kg Gewicht, seit zwei Jahren bettlägerig, zum Skelett abgemagert, versieht heute seinen Dienst als Kellnerin! Überhaupt kann jede chirurgische Tbc. mit Tebecin ohneweiters angegangen werden, und zwar mit überraschendem Erfolg. Bitte freundlichst Bericht.

Dr. O. **Leonhard,** Mühlbach (Siebenbürgen).

Ad 31. Die beste und sicherste Therapie ist jetzt wohl die Röntgentiefenbehandlung. San.-Rat Dr. **Wahle**, Kissingen.

Ad 31. Allgemeine und lokale Quarzbestrahlungen mit Erythemdosen, abends Schmierseifeneinreibungen unter Schaumbildung, den man eintrocknen läßt. Eventuell Röntgen lokal nach Abklingen der Quarzerytheme. **Die Red.**

Ad 31. Ich gebe in solchen Fällen gerne A b r o t a n u m (Artemisia) 0.01 oder sogar 0.000001 im Sinne einer Reiztherapie (Schulz, Bier). Nicht selten auffallende Besserung. Man läßt früh nüchtern und abends beim Zubettgehen je sieben Tropfen in einem Löffel Wasser nehmen. Daneben Licht, Luft, vitaminreiche Kost (Obst, Salate).
Dr. H. **Balzli**, St. Louis (Frankreich).

Ad 31. Vor Beginn der Behandlung muß, wenn es sich um ein abgezehrtes, an chronischen Durchfällen leidendes Kind handelt, dessen mit Flüssigkeit gefüllten schlaffen Därme, leicht eine Peritonitis tbc. vortäuschen können, die Diagnose sichergestellt werden. Dies geschieht am besten, indem Sie vor der Untersuchung, abgesehen von den üblichen Impfmethoden, ein Glyzerinklystier geben und nachträglich ein Darmrohr einführen, um den Darm rasch zu entleeren. Man kann auch größere Dosen Rizinusöl geben und am nächsten Tage untersuchen. Es ist dies eine einfache Untersuchungsmethode, die mich so manchesmal vor einem Irrtum bewahrte. In Ihrem Falle rate ich (propter paupertatem), wenn Sie über keine künstliche Höhensonne verfügen, zur starken Anwendung der Sonne und zur Unterstützung der Behandlung mit Einreibung von Schmierseife einmal täglich in der üblichen Weise. Sobald stärkerer Hautreiz auftritt, wird die Kur für einige Tage unterbrochen. Wenn das Exsudat zunimmt und wenn der hartgespannte Bauch die Atmung des Kindes beeinträchtigt, dann kommt die Laparatomie in Frage, die mitunter vorzügliches leistet. Dr. J. **Oberhard**, Stanislau.

Ad 32. Zirkumzision. Die einschlägigen Untersuchungen haben ergeben, daß es bei schwerem Ikterus zu einer Verzögerung der Gerinnung infolge Verminderung des Fibrinogens kommen kann. Man könnte sich vorstellen, daß die bei Neugeborenen mit starkem Ikterus nach der Zirkumzision manchmal auftretende heftige Blutung auf diese Art erklärt werden könnte. Es würde sich empfehlen, bei Neugeborenen mit Ikterus die Zirkumzision auf einen späteren Termin zu verschieben. Es ist allerdings auffallend, daß über Blutungen nach Zirkumzision nur selten berichtet wird, obwohl zur Zeit der Vornahme des Eingriffes fast immer Ikterus besteht.
Prof. Dr. C. **Leiner**, Wien.

Ad 33. Epilepsie. Aus den spärlichen Angaben geht nicht hervor, ob der Patient nicht etwa Halbseitenerscheinungen hat. Denn man bekommt für gewöhnlich nicht mit 20 Jahren ohne Grund Anfälle. Also genaue neurologische Untersuchung, Angabe des genauen Charakters der Anfälle (Auftreten tags oder nachts, Zungenbiß, Inkontinenz usw.), Hereditätsverhältnisse. Ist es echte Epilepsie, dann vielleicht einen Versuch mit Neuronal (dreimal täglich eine Tablette) oder Epileptol (dreimal 15 und mehr Tropfen im Tag) machen. Prof. Dr. O. **Marburg**, **Wien.**

Ad 35. Krampf im Oberschenkel. Reflektorische Spasmen der Hüft- und Oberschenkelmuskulatur werden durch den Schmerz ausgelöst und können sowohl intra- als auch extraartikulärer Natur sein. Ich würde zunächst eine Röntgenaufnahme des Hüftgelenkes empfehlen, ob nicht eine Arthritis der Hüfte vorliegt. Andernfalls ist an eine neurogene Ursache zu

denken. Jedenfalls ist eine genaue Untersuchung nötig. Falls kein Entzündungsprozeß nachweisbar ist, sind heiße Bäder anzuwenden.

Dozent Dr. J. **Hass**, Wien.

Ad 36. Eine Temperaturdifferenz auf beiden Seiten ist nur durch eine Differenz im Durchblutungsgrad, das heißt in der Gefäßweite, somit im Sympathikustonus zu erklären. Sind in dem beobachteten Falle noch andere Symptome einer ungleichen Sympathikusinnervation auf beiden Seiten nachzuweisen (Hornerscher Symptomenkomplex, ungleichmäßiges Schwitzen oder Erröten)? Derartige Temperaturdifferenzen sind auch bei verschiedenen organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems bekannt, welche mit einer Schädigung von Sympathikusbahnen oder -zentren einhergehen.

Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 38. Der Ausdruck „trikuspidaler Stauungstypus" wurde zuerst von Dr. Türk, dem Assistenten Neussers, in der W. kl. Wschr. literarisch gebraucht. Er soll sagen, daß die Leberstauung und eventuell den Aszites das Anasarka der unteren Extremitäten weitaus überragt, sowohl zeitlich als quantitativ, eventuell sogar ausschließlich besteht, ein Vorkommnis, dem wir bei Trikuspidalinsuffizienz und schwieliger Mediastino-Perikarditis begegnen.

Hofrat Prof. Dr. N. **Ortner**, Wien.

Ad 39. Domatrin. Ich habe sowohl das Domatrin (Domopon plus Novatropin) der Sanabo-Chinoin-Werke als auch das Domopon mit bestem Erfolge als Analgetikum zur Einleitung der Narkose sowie auch bei Operationen zur Lokalanästhesie verwendet.

Prof. Dr. H. **Heyrovsky**, Wien.

Ad 40. Das größte und beste deutsche Werk über das Krebsproblem ist „Der Krebs" von Wolf, ein Werk, das den gesamten Stoff in drei Bänden behandelt. Es ist durch jede medizinische Buchhandlung zu beziehen. — Die einzige deutsche Zeitschrift über das Krebsproblem ist die „Zeitschrift für Krebsforschung". — Das modernste deutsche Krebsforschungsinstitut ist das von Geheimrat Blumental in der Charité in Berlin.

Hofrat Prof. Dr. A. **Eiselsberg**, Wien.

Ad 43. Retentionszyste am Auge. Die Geschwulst kann unter Lokalanästhesie von jedem Augenarzt entfernt werden.

Dozent Dr. R. **Bergmeister**, Wien.

Ad 50. Pyelozystitis. Das Bestehen eines tbc. Prozesses ist wohl sehr unwahrscheinlich, schon die Gewichtszunahme und auch die reichliche Bakterienflora im Harn sprechen dagegen, da erfahrungsgemäß gerade bei Tbc. der Harnwege andere Bakterien — namentlich in größerer Menge — kaum jemals anzutreffen sind. Die Art der jetzt nachweisbaren Bakterien gibt keinen Hinweis auf die Natur des Prozesses, es besteht sicherlich eine Mischinfektion, zu deren Zustandekommen unter anderm schon bei den wiederholten instrumentellen Untersuchungen reichlich Gelegenheit bestanden hat. Bei alkalischer Harnreaktion sind gerade die Anilinfarbstoffe, zu denen auch das Acriflavin gehört, wirksame Antiseptika; wenn nun deren Wirkung — trotz sicher nachgewiesenen Besserung — keine vollständige war, so muß an ein Fortbestehen der Ursache gedacht werden, und da ist wohl zunächst eine Steinbildung das wahrscheinlichste. Sind im Sedimente keine zelligen Elemente (Leukozyten, rote Blutkörperchen) nachweisbar? Ich würde zunächst eine genaue Röntgenuntersuchung der oberen Harnwege, eventuell in Kombination mit einer Kontrastfüllung des Nierenbeckens vorschlagen (Pyelographie); besteht keine Konkrementbildung, so muß in zweiter Linie an eine Infektion der Harnwege von einem im Körper bestehenden Infektionsherd gedacht werden (weibliches Genitale, Tonsillen, Zähne, Nebenhöhlen u. dgl.); sind zellige Elemente im Sediment nicht nachweisbar, be-

steht also eine reine Bakteriurie, so sind Konkremente wohl nicht anzunehmen, um so wahrscheinlicher ist in diesem Falle eine Herdinfektion.

Dr. E. **Kornitzer,** Facharzt für Urologie, Wien.

Ad 50. Betreffs **Giemsa-Färbung:** entweder ist das destillierte Wasser nicht neutral gewesen oder die Farbstammlösung ist unsachgemäß zubereitet. Schon die geringsten Mengen von Säuren wirken schädlich, so auch freies oder kohlensaures Alkali. Genau nach den Angaben Giemsas hergestellte, geprüfte Farblösung sind bei Dr. Karl Hallborn (Nachfolger von Dr. Grübler, nicht zu verwechseln mit der Firma D. Grübler & Co.!), Leipzig, Kronprinzenstraße 71, erhältlich, auch Jenna, May-Grünwald, Thim usw. Literatur kann daselbst bezogen werden. Ratsam ist: frische und wenig Lösungen zu beziehen, nach Bedarf filtrieren. Zum Einschließen der Dauerpräparate benützen Sie nur neutralen, in Xylal gelösten Canadabalsam, welcher vollkommen luftdicht verschlossen, im Dunkeln aufbewahrt werden muß. Dr. **Thim,** Wien VII.

Ad 54. Untertemperatur bei einem Kinde. Da das Kind sich wohl fühlt, sich normal entwickelt, so ist die Temperatur nicht als Kollapstemperatur aufzufassen. Es handelt sich in solchen Fällen nicht etwa um ein wenig empfindliches Temperaturzentrum, sondern wahrscheinlich nur um ein wenig empfindliches Thermometer. Die Thermometer sind Fieberthermometer, sie zeigen erhöhte Temperatur sehr genau an; werden sie aber stark heruntergeschüttelt, sagen wir auf 35, so steigen sie oft nicht zur normalen Temperatur. Daß die Temperatur bei dem Kinde in Wirklichkeit nicht 35.5 ist, ist daraus zu ersehen, daß das Thermometer, wenn es vor dem Einführen z. B. auf 36.8 eingestellt würde, bei dem Kinde keineswegs auf 35.5 fallen wird. Prof. Dr. C. **Leiner,** Wien.

Ad 54. Arsen und Gravidität. Ich würde eine Schädigung der Frucht durch Arsenbehandlung der Mutter immerhin für möglich halten und daher von ihr abraten, wenn auch weder diese Schädigung noch auch das Gegenteil erwiesen ist. Dozent Dr. J. **Bauer,** Wien.

Ad 55. Das **Hirngewicht** des Menschen beträgt durchschnittlich: Mann 1375, Weib 1245 g. Beim Elephanten beträgt es zirka 4 1/3 kg. beim Rind 410 bis 530 g. Prof. Dr. **Skoda,** Wien.

Ad 56. Diabetes insipidus. Erfahrungen mit subkutaner Injektion von Pituisan (Sanabo), ein bis drei Ampullen im Laufe des Tages günstig. Der Durst verschwindet, die Harnmengen sinken auf fast normale Werte. das spezifische Gewicht steigt. Dozent Dr. Herb. **Elias,** Wien.

Medikamente.

Allional ist eine Kombination von Phenyldimethylaminodimethylpyrazolon (also eines Salizylsäureabkömmlings) mit Isoprophylpropenylbarbitursäure (also eines Veronalabkömmlings). Die Salizylsäureabkömmlinge wirken bekanntlich bei heftigen Schmerzen (Gallenkoliken, Schmerzen nach Operation, Frakturen) nicht genügend intensiv, zum Morphium will man aber aus bekannten Gründen nicht greifen. Die hier klaffende Lücke kann das Allional ausfüllen, da es den heftigsten Schmerz stillt und Angewöhnung nicht zu fürchten ist. Held erprobte das Mittel bei seinen Kranken und auch am eigenen Leibe bei einer Beinverwundung wo Antineuralgika versagten und Allional prompt wirkte. Bei ein bis zwei Tabletten (à 0.16) ist gar keine Nachwirkung zu verspüren, bei Einnahme von drei Tabletten auf einmal bleibt noch Schläfrigkeit zurück, was ja bei Schwerkranken nicht unangenehm ist. — Erzeuger: Hoffmann-La Roche, Basel. (D. m. W. Nr. 51, 1924.)

Calcophysin ist eine Kombination von Hypophysen- und Testikelextrakt mit einer 10%igen Lösung von Calcium chloratum. Schon Bock hat auf die günstige Wirkung dieses Präparates bei Meno- und Metrorrhagien hingewiesen (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 38, 1923). Lorenz (Geb. Abtlg. d. Rud. Virchow-Krankenh., Berlin) hatte frappante Erfolge bei Metrorrhagien auf entzündlicher Basis. Das Präparat wird intravenös (cave paravenöse Injektion!) eingespritzt. Schon nach ein bis drei Injektionen standen schwere Blutungen, die vorher jeder Therapie getrotzt hatten. Klimakterische Blutungen wurden nicht behandelt. Gelegentliche, vorübergehende Schwindel- und Ohnmachtserscheinungen kann man durch sehr langsames Einspritzen vermeiden. Das bekannte Hitzegefühl und der salzige Geschmack im Munde (die beide bei den meisten venösen Kalkinjektionen auftreten) werden selten besonders lästig empfunden. Beachtenswert ist eine gewisse Herdreaktion: in den ersten ein bis zwei Tagen nach der Injektion treten größere Schmerzen und zuweilen stärkere Blutungen auf, die dann einem Gefühl der Erleichterung Platz machen. — Erzeuger: Dr. Freund & Redlich, Berlin-Adlershof. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 49, 1924.)

Kupfer-Dermasan kommt in zwei Formen in den Handel, als „Kupfer-Dermasan mit Tiefenwirkung“ (stark bakterizid, desinfizierend und die Wundgranulationen anregend) und als „Kupfer-Dermasan mit Oberflächenwirkung“ (spezifisch epithelisierend). Kärcher (Kaiserslautern) lobt die Wirkung der Präparate bei veralteten, hartnäckigen Unterschenkelgeschwüren. Man verwendet zunächst die Kupfer-Dermasansalbe „mit Tiefenwirkung“, und zwar im Verhältnis 1:1 gemischt mit gelber Vaseline oder gemischt mit zwei Teilen „Kupfer-Dermasan mit Oberflächenwirkung“; zweitägiger Verbandwechsel. Zur Epithelisierung wird dann zum Schluß „Kupfer-Dermasan mit Oberflächenwirkung“ unverdünnt benützt. Auch bei Ulcus molle bewährte sich das verdünnte „K. mit Tiefenwirkung“, bei Ulcus gangraenosum oder serpiginosum das unverdünnte „K. mit Tiefenwirkung“. — Erzeuger: Chem. Fabrik Dr. Rudolf Reiss, Berlin NW 87. (Derm. Wschr. Nr. 50, 1924.)

Liophtal (Fauth & Co. in Mannheim) enthält als Cholagogum die Cholsäure an Natrium gebunden, als Laxans Phenolphthalein, als Antiphlogisticum Salizylsäure an Lithium und das Öl in Form von Ölsäure an Natrium gebunden. Da ich seit einem Jahre 17 Fälle von Choletithiasis mit meist gutem Erfolge mit Liophtal behandelt habe, möchte ich hier kurz über meine Erfahrungen berichten. Ich verordnete stets eine entsprechende Diät, sowie eine Liegekur mit zweimal täglich heißen Kompressen, außerdem gab ich eine halbe Stunde nach dem Frühstück und nach dem Abendessen drei Dragées. Bei Personen, die leicht Diarrhoe bekommen, genügen zwei Dragées. Liophtal darf während eines Anfalles nicht genommen werden, sondern erst nach Abklingen desselben. Nach eingetretener Besserung genügen 2 × 2 Dragées täglich, man soll aber nach Beendigung der schmerzhaften Anfälle die Liophtalkur noch drei bis vier Wochen fortsetzen und dann jeden Morgen vor dem Aufstehen einen Teelöffel voll Karlsbader Salz nehmen. Stark gewürzte, gesalzene oder fette Speisen sind unbedingt zu verbieten. Ebenso sind zu vermeiden Bohnen, Erbsen, Linsen, rohes Obst, Bier, saure Weine, starker Kaffee, übermäßiges Rauchen. Bei dieser Kur sind in drei bis vier Monaten unter meinen 17 Fällen 13 völlig ausgeheilt, und ich habe kein Rezidiv mehr beobachtet. In vier Fällen, wo ich zur Operation riet, ist diese gut verlaufen. Vor allem gingen die schmerzhaften Anfälle schon nach vierwöchiger Liophtalbehandlung an Intensität und Häufigkeit bedeutend zurück. Wenn wir es auch bei dem Liophtal nicht mit einem Spezifikum bei Cholelithiasis zu tun haben, so stellt da-

selbe doch ein sehr wirksames symptomatisches und palliatives Mittel dar, das in keinem Fall, bevor man sich zur Operation entschließt, unversucht gelassen werden sollte. In vielen Fällen führt es eine völlige Genesung von dem so lästigen Leiden herbei. Dr. med. Max **Kärcher**, Kaiserslautern (Bayern).

Notizen.

Wiener Hygiene-Ausstellung. Bundespräsident Doktor Michael Hainisch hat den Ehrenschutz der in der Zeit vom 2. Mai bis Ende Juni 1925 in Wien Messepalast stattfindenden „Hygiene-Ausstellung" übernommen. Gleichzeitig mit der Hygiene-Ausstellung findet im Messepalast die Ausstellung „Der neue Haushalt" statt. Näheres durch die Geschäftsstelle: Wiener Messe A.-G., Wien VII., Museumstraße 1.

Ein internationaler Fortbildungskurs in Berlin findet unter Mitwirkung der medizinischen Fakultät, des Kaiserin-Friedrich-Hauses und der Dozentenvereinigung im Frühjahre 1925 statt. Er umfaßt: 1. Die üblichen zwei-, bzw. vierwöchigen Fortbildungskurse in allen Zweigen der Medizin. 2. Einen praktischen Kurs der Diagnose und Therapie der Syphilis vom 2. bis 7. März. 3. Einen praktischen Kurs der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten vom 9. bis 14. März. 4. Vorträge über besonders aktuelle Kapitel der Gesamtmedizin. 5. Wichtige Kapitel der sozialen Medizin vom 30. März bis 5. April. 6. Einen Spezialkurs für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte vom 20. April bis 9. Mai. Auskünfte und Programme sind erhältlich durch die Geschäftsstelle Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4, Kaiserin-Friedrich-Haus.

Gute Bücher.

Prof. H. Curschmann „Nervenkrankheiten", Klinische Lehrkurse der Münchener med. Wochenschrift, Bd. 2, Verlag J. F. Lehmann, München 1924. Preis *K* 72.000, geb. *K* 96.000. — Man sollte nicht glauben, was in diesem kurzen Leitfaden von 200 Quartseiten alles zu finden ist. Neben knapper Darstellung der gesamten Symptomatik und Therapie sind überall wertvollste eigene Beobachtungen und Winke des erfahrenen Verfassers eingeflochten. So z. B.: die gastrischen Krisen der Tabiker sind von einer anfallsweisen Blutdrucksteigerung bis 250 mm Hg begleitet, wodurch man sie unter Umständen von anderen Schmerzattacken des Bauchraumes unterscheiden kann. Bei Meningitis findet sich oft der sogenannte „obere Kernig", das heißt Beugekontraktur des Ellenbogens bei Nachhinten- und Auswärtsführung des gestreckten Armes. — Diese eingestreuten praktischen Winke machen das Büchlein auch für den Erfahreneren wertvoll.

Prof. Dr. Rudolf Grashey (München): „Atlas chirurgisch-pathologischer Röntgenbilder" mit 471 autotypischen Bildern, 148 Skizzen und erläuterndem Text. Band VI von Lehmanns medizinischen Atlanten. Verlag J. F. Lehmann, München, 1924. Preis: gebunden *K* 384.000. Die zweite wesentlich erweiterte Auflage dieses prachtvollen Werkes ist endlich nach langer Pause wieder erschienen und ersetzt in vorbildlicher Weise das noch fehlende Lehrbuch über die Röntgenologie der Erkrankungen des Skelettes. Der Autor hat es verstanden, durch prägnante und klare Darstellung in Wort und Bild und übersichtliche Anordnung auch die kompliziertesten Röntgenbefunde der Skelettpathologie dem Leser einzuprägen. Die unvergleichliche Wiedergabe der Bilder gereicht nicht nur dem Verlag, sondern dem deutschen Buchdruckergewerbe überhaupt zur Ehre.






AFUMIX

ARS MEDICI

Wien, am 15. März 1925.

Interne Medizin.

Anurie bei Nierenerkrankungen — Röntgentherapie.

Bei Anurie haben verschiedene Autoren (Stephan, Mühlmann, G. Schwarz, Pordes und andere, vgl. „Ars Medici" 1923, S. 474) durch Röntgenbestrahlung Einsetzen der Diurese erzielt. Gabriel berichtet nun über eine Reihe von Tierversuchen, in denen es ihm gleichfalls gelungen ist, die stockende Harnabsonderung durch Röntgenbestrahlung wieder in Gang zu bringen, und schließt sich der Anschauung Volhards an, welcher den therapeutischen Erfolg der Einwirkung der Röntgenstrahlen auf den Gefäßtonus der Niere zuschreibt. (Ztrlbl. f. inn. Med. Nr. 2, 1925.)

Neueres über die Atropin- und Pilokarpintherapie

stellt K. Holms (Krankenhaus St. Georg in Hamburg) zusammen. Das vegetative Nervensystem teilt man am besten ein in das sympathische (kranial autonome), das parasympathische (sakral autonome) und in das Wandnervensystem der Hohlorgane (in der Schlundröhre, im Magendarmkanal, im Ureter, der Blase und vor allem im Herzen).

Zunächst sei auf die Bedeutung hingewiesen, die das Kalzium und das Kalium in ihren Beziehungen zum autonomen Nervensystem erlangt haben. Kalzium und Atropin scheinen im Sinne einer Sympathikusreizung zu wirken, Kalium und Pilokarpin dem Parasympathikus ein Übergewicht zu verschaffen. Die Kalziumtherapie ist in der letzten Zeit Mode geworden, doch soll man nicht vergessen, daß man z. B. vagotonische Zustände häufig sicherer und rascher mit Atropin beeinflussen kann.

Bei der Atropin- und Pilokarpintherapie kommt man oft mit diesen Mitteln allein nicht aus, sondern muß in vielen Fällen andere Medikamente der entsprechenden Gruppe wählen, so z. B. für Atropin Homatropin, Atropinum methylobromatum, Extract. Belladonnae, Skopolamin, Hyoszyamin und für das Pilokarpin Physostigmin, Cholin und neuerdings das Cesol oder Neucesol.

Bis vor kurzem galt es als feststehend, daß Atropin das parasympathische System lähme, daher zum Überwiegen des Sympathikus beitrage, und daß das Pilokarpin den Parasympathikus errege und damit dem Sympathikus entgegenwirke. Diese These gilt nach den neueren Forschungen nur mehr in beschränktem Maße. So kann z. B. das Atropin in kleinen Dosen erregend wirken, während es in größeren Dosen am selben Organ eine lähmende Wirkung entfaltet.

Eine Parasympathikuslähmung oder Herabsetzung einer erhöhten Parasympathikuserregung wünscht man durch Atropin bei solchen Krank-

heitsbildern zu erzielen, die man als *vagotonische* bezeichnet, z. B. die Anaphylaxie, Serumkrankheit, Urtikaria, Asthma bronchiale, Heufieber, Colitis mucosa und ähnliche. Bei bedrohlichen Zuständen dieser Art wird man zur Erzielung einer raschen Wirkung eine subkutane oder venöse Atropininjektion der jetzt so beliebten venösen Kalziumapplikation vorziehen. Die Dosierung des Atropins ist aber hier etwas schwierig und soll individuell erfolgen; als bestes Testobjekt hiefür benützt man die Pulsfrequenz; man injiziert in Abständen je ½ bis 1 mg Atropin, bis eine Pulsbeschleunigung von etwa 20 Schlägen pro Minute eintritt, die sich etwa 20 Minuten nach der Injektion zeigen muß. Auf diese Weise kann man oft bis zu 4 mg Atropin ohne Schaden subkutan geben und erzielt damit auch Erfolge, wo Atropin in der üblichen Dosierung versagt.

Der parasympathikuserregenden Wirkung des Pilokarpins bedient man sich therapeutisch nur zur Anregung der Schweißsekretion, aber auch diese Anwendung erfolgt jetzt seltener. Bei kardialen Ödemen ist vor der Anwendung solcher Pilokarpindosen, die Schweiß treiben, wegen der Wirkung auf das Herz zu warnen. Aber auch bei nephrogenen Ödemen ist bei Pilokarpinverwendung große Vorsicht geboten.

Bei der *Morphinvergiftung* galt früher Atropin als das beste Gegengift gegen die Atemlähmung. Doch haben wir jetzt im Lobelin-Ingelheim ein atmungserregendes Mittel, das unvergleichlich wirksamer und sicherer ist. — Dagegen ist die Indikation des Atropins bei *Paralysis agitans* befestigt und erweitert worden. Atropin setzt hier sicher die Hypertonie und den Klonus der Muskeln herab. Zur Vermeidung der Gewöhnung und der Intoxikation ist eine intermittierende Behandlung angezeigt, z. B. drei bis sechs Tage lang vier- bis sechsmal täglich ½ mg Atropinum sulfur. per os und dann zwei bis drei Tage Pause bis zum neuen Atropinschub. Zu kleine Dosen sind unwirksam und können sogar die Muskelspannung erhöhen.

Für die Ophthalmologie haben die letzten Jahre keine besonderen Neuerungen in der erprobten und gut bewährten Atropin- und Pilokarpintherapie gebracht.

Zur Einschränkung der *Speicheldrüsentätigkeit* verwendet man Atropin bei Schwertuberkulösen mit tbc. Ulzerationen im Rachen, die durch den fortwährenden Speichelfluß und das häufige Schlucken gequält werden. Atropin bringt ihnen mehr Erleichterung als Kokain- oder Anästhesineinblasungen. Häufiger ist die *Anregung* der Speicheldrüsentätigkeit das Ziel unserer Therapie, denn nach Operationen und bei verordneter Flüssigkeitseinschränkung bei Herz- und Nierenkranken leiden die Patienten sehr unter dem Durst und dem Gefühl der Trockenheit. Hier scheint aber spezifischer und besser als das Pilokarpin das Neucesol zu wirken, das man in Tabletten oder (wenn der bittere Geschmack zu sehr stört) als Injektion verabfolgt.

Die Wirkung des *Atropins auf die Herztätigkeit* besteht bei kleinen Dosen in einer Erregung des Hemmungsapparates, bei größeren Dosen in einer Lähmung desselben, das heißt also bei kleinsten Dosen wird der Puls verlangsamt, bei größeren beschleunigt; umgekehrt verhalten sich Pilokarpin und Eserin. Die praktische therapeutische Anwendung des Atropins bei Herzleiden beschränkt sich aber auf durch Vagusreizung bedingte Überleitungsstörungen. Die genaue Diagnostik solcher Zustände erfordert natürlich eingehende Untersuchung und Zuhilfenahme des Elektrokardiogramms, und auch dann noch ist ein vorsichtiges Tasten und Ausprobieren bei den ersten Atropindosen notwendig. In einzelnen Fällen wird allerdings von Kupierung stenokardischer Anfälle und von Regu-

larisierung des Pulses bei Vorhofflattern durch Atropin berichtet. Ebenso bewährt sich in manchen Fällen bei vorsichtigem Ausprobieren das Physostigmin, besonders bei Tachykardien: subkutan oder venös ½ bis 1 mg pro die oder per os 1 bis 1½ mg pro die.

Die Indikationen des Atropins bei Magendarmerkrankungen sind bekannt und erstrecken sich auf alle spastischen Zustände und die Hypermotilität und die Hypersekretion des Magens. Bei spastischer Obstipation dient das Atropin als oft allein noch wirksames Abführmittel. Zu beachten ist nur, daß zu kleine Dosen Erregung des Darmvagus und daher das Gegenteil der gewünschten Wirkung zur Folge haben. Man verordne daher, wie oben geschildert, häufigere und kräftigere Dosen bis zur Pulsbeschleunigung. — Bei hartnäckigstem Singultus hat Atropin, bis zu starker Pulssteigerung subkutan gegeben, den Verfasser noch nie im Stiche gelassen. — Bei spastischen Zuständen am Magendarmkanal wird man neben dem Opium häufig auch das Papaverin mit dem Atropin kombinieren, so z. B. kann man Gallensteinkoliken ohne Opium schmerzfrei machen durch ½ bis 1 mg Atropin + 4 bis 6 ctg Papaverin per os oder subkutan.

Bei atonischen Zuständen am Magen und Darm wird man die Antagonisten des Atropins versuchen. Bei postoperativer Magendarmlähmung ist neben dem Wärmebeutel. Schwitzkasten und Darmrohr Physostigmin (¾ bis 1 mg Physostigminum salicyl. subkutan, eventuell in Abständen wiederholt) oft sehr wirksam und wird zu selten angewendet. Bei chronisch atonischen Zuständen des Magendarmkanals mit Obstipation kann man Pilokarpin versuchen, doch ist der Erfolg unsicher. (Klin. Wschr. Nr. 1, 1925.)

Die Blattern in der Schweiz

zeigen nach einem Berichte des Hofrates Dr. M. Kaiser im Wiener Volksgesundheitsamte seit dem Jahre 1921 eine rapide Zunahme. 1921 wurden 596 Fälle, 1922 schon 1159 und 1923 bereits 2145 Fälle, zusammen also 3900 Fälle gemeldet, von welchen nur zehn tödlich verliefen. Der Impfschutz der Schweizer Bevölkerung ist infolge der Agitation der Impfgegner, die fast ausschließlich in den deutschen Kantonen betrieben wird, schlecht; 90.56% der Erkrankten waren niemals geimpft worden. Dementsprechend sind auch die romanischen Kantone von der Seuche freigeblieben. Der größte Teil der erkrankten Nichtgeimpften waren Jugendliche bis zu 20 Jahren. Der Krankheitsverlauf war meist milde„ so daß Verwechslungen mit Varizellen, Impetigo, selbst Akne vorkamen. Eine derartig milde Pandemie scheint auch in U. S. A. und England zu herrschen. Inkubation durchschnittlich 14 Tage, dann Kopf-, Kreuz-, Gliederschmerzen und Schüttelfrost als Prodrome, hierauf meist ein bis zwei Tage völliges Wohlbefinden und nun plötzlich mehr oder weniger intensive Eruption, zuerst meist im Gesichte. Das sonst typische Suppurationsstadium fehlt oder ist nur angedeutet in fast 90%, Fieberverlauf daher atypisch und leicht, oft nur wenig über 37° C.

Diagnostisch wichtig (etwa für den Fall des Übergreifens der Seuche auf Österreich usw.) ist nach Tièche 1. die Verteilung des Exanthems vorwiegend auf Gesicht und Rücken (+++), Schulter (++), ferner Brust und Lenden (+); Abdomen meist frei, hingegen Prädilektion von Händen und Füßen bei Nichtgeimpften. Reichlichere Eruption an besonders irritierten Körperstellen. Die derben, einförmigen Effloreszenzen schwinden auf Fingerdruck nicht und lassen sich nur selten ausquetschen. Hingegen sind bei Varizellen Brust, Bauch und Rücken stärker befallen als das Ge-

sicht; das Exanthem nimmt gegen Hände und Füße zu ab, zeigt deutliche Rosetten, die Blasen sind leicht zerdrückbar, die Eruptionen schwinden bei richtig geführtem Stoß mit dem Daumen und zeigen vom ersten Tag ab nebeneinander verschiedene Stadien (abortive Effloreszenzen, frische Blasen, Exkoriationen, Borken usw.). 2. Die Paulsche Kornealreaktion. Doch ist ein makroskopisch negativer Befund nicht absolut beweisend, da eventuell noch mikroskopisch Guarnierikörperchen gefunden werden. 3. Die Tièche-Kutanreaktion ermöglicht schon in vier bis sechs Stunden die Diagnose in unklaren Fällen, erfordert aber eine gesunde Versuchsperson, die sich das entsprechend abgeschwächte (durch Erhitzen im Wasserbad auf 50 bis 60° C durch 15 bis 30 Minuten), mit dem scharfen Löffel aus der Haut des Erkrankten entnommene Material auf einige Hautritzer einreiben läßt. 4. Die Färbung auf Paschensche Körperchen ist schwierig und unsicher.

Da eine Gewähr für den weiteren leichten Verlauf der Epidemie nicht gegeben ist, hat die Schweizer Bundesregierung die obligate Schutzimpfung für jene Gemeinden beschlossen, die durch Auftreten eines Pockenfalles gefährdet erscheinen. (Mittlg. d. Volksges.-Amtes Wien, Oktober 1924.)

Diabetes — Glyzerin intern.

Durch innerliche Verabreichung von täglich 30 bis 40 g Glyzerin an Stelle der gleichen Menge von Kohlehydraten, sah H. M. Thomas einen auffallend günstigen Einfluß auf die Azidosis und das Allgemeinbefinden. Das Glyzerin wird gut vertragen, zu 40% als Kohlehydrat verbrannt und zu 60% als antiketogene Substanz im Organismus verwendet. (Bull. of the John Hopkins Hosp., Baltimore, Nr. 35, Juli 1924.)

Die Dyspepsia intestinalis flatulenta (Darmatonie)

ist nach F. Crämer ein bei geistigen Arbeitern reifen Alters häufiges Leiden. Infolge einer nur bei ausgiebiger Körperbewegung vom Darm zu bewältigenden Ernährung und Abusus von Nikotin, Kaffee usw. wird der Verdauungskanal dauernd überlastet, die Blutzirkulation daselbst gestört. Die Zirkulationsstörung führt vor allem zum Meteorismus nicht nur des Dick-, sondern hauptsächlich auch des Dünndarms. Infolge der venösen Stauung ist die Leber vergrößert und klopfempfindlich. Der Appetit kann ganz gut sein, doch ist der Geschmack meist pappig, trocken, namentlich des Morgens nüchtern. Anazidität ist häufig, Durst oft auffallend groß, Gähnen stark vermehrt. Aufstoßen von Luft, Magendruck, Auftreibung des Leibes, Gefühl der Völle nach dem Essen, so daß die Kleider (der oberste Hosenknopf) gelockert werden müssen, sind die Hauptklagen. Besserung nach Aufstoßen, Abgang von Gasen, Bewegung. Im Verhältnis zur starken Gasentwicklung, die den Leib gleichmäßig, oft enorm auftreibt, ist der Gasabgang gering. Stuhl oft ungenügend, auch in Farbe und Form wechselnd. Zwerchfellhochstand mit entsprechenden Verdrängungsbeschwerden von seiten des Herzens. Oft Kopfschmerzen, auffallende Müdigkeit, namentlich des Morgens, Schwindel, Juckreiz, Wadenkrämpfe, kalte Hände und Füße, Gedächtnisschwäche, Potenzabnahme usw. Perkutorisch findet man links seitlich am Leib einen auffallend tieferen Schall gegenüber rechts. Diese Dämpfung verschiebt sich bei Lagewechsel nicht und schwindet nach Hand- oder Tremolomassage oder Faradisation, worauf der Leib kleiner wird, die Spannung nachläßt und Patient erleichtert aufatmet. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Blutstauung, die durch die Vibrationsmassage vorübergehend beseitigt wird, worauf sich die Gasresorption bessert.

Die Behandlung ist dankbar: Massage, Gymnastik, Bewegung, regelmäßige, knappe Kost, langsam essen und gut kauen, alles Blähende (Schwarzbrot, Obst, Kraut, Kohl, Käse, Gurken, Rettige usw.) meiden, nachts Dunstumschlag. Medikamentös Kohlepräparate, am besten Carcolid rein oder in Mischung mit Magn. perhydrol., Acid. salicyl., Guajacol, Elaeosacchar. foeniculi oder Species (guttae) carminativae. Bei oft gleichzeitig vorhandenen spastischen Zuständen Belladonna, bei Praesklerose der Bauchgefäße Diuretin von Vorteil. Beruhigung, Psychotherapie sehr wertvoll! (M. m. W. Nr. 51, 1924.)

Gallensteinkrankheit — Behandlung.

Von Prof. F. Umber (Berlin).

Für die Diagnostik sind zu verwerten: die Art des Anfalles, sein Beginn in der Zeit um Mitternacht, der wehenartige Charakter der stürmischen Koliken, der auf dem Weg über den N. phrenicus und Plexus cervicalis in die rechte Schulter ausstrahlende Schmerz, Nausea oder gar galliges Erbrechen, das (im Gegensatz zum Erbrechen beim Ulkus) keine Erleichterung bringt, tastbare Vergrößerung der Leber im Anfall (infolge Hyperämie oder Entzündung), Druckempfindlichkeit in der Gegend der Gallenwege oder gar Tastbarkeit der Gallenblase; der Ikterus als Symptom der Cholelithiasis wird meist überschätzt, er findet sich nur in einem Viertel bis einem Drittel der Fälle. — Beim Zustandekommen der Gallensteinkrankheit spielen eine gewisse Stoffwechseldiathese, Gallenstauung und Galleninfektion die Hauptrolle. Für die große Bedeutung der Stoffwechseldiathese spricht das hereditäre, bzw. familiäre Vorkommen, sowie die häufige Vergesellschaftung mit anderen Stoffwechselkrankheiten, wie Gicht, Diabetes und Fettsucht, schließlich die Beziehung zur Schwangerschaft. Bei der Bekämpfung der Stoffwechseldiathese, welche wir bisher nur in der Hypercholesterinämie zu erfassen vermögen, spielt zweifellos die Beschränkung der Fette und Cholesterine (tierische und pflanzliche Fette, insbesondere Rahm, Eigelb, Butter) in der Kostordnung eine nützliche, empirisch ja längst anerkannte Rolle. Gemüse- und früchtereiche Kost, mageres Fleisch, Vermeidung von Alkohol, viel Bewegung im Freien und Sorge für regelmäßigen Stuhl sind Waffen gegen die Stoffwechseldiathese der Gallensteinkranken. — Die beiden anderen ursächlichen Momente der Steinbildung, Stauung und Infektion, erfordern eine gemeinsame kausale Therapie: was die Stauung flott macht, schwemmt gleichzeitig die Infektionsträger hinaus. Daher die Nützlichkeit der antispastischen Maßnahmen in Form von Atropin-Papaverinmedikationen (am besten in Suppositorien) und von Wärme, sei es per os durch kurgemäßes Trinken heißer Quellen (Karlsbader Mühlbrunnen, Kissinger Rakoczy, Homburger Elisabethquelle, Neuenahr-Sprudel, Vichy-Hôpital usw.), durch Wärmeapplikation in der Gegend der Gallenwege oder heiße rektale Wasser- oder Brunneneingießungen. — Im akuten Kolikanfall wirkt eine subkutane Atropininjektion (0.001) fast stets kupierend, oft besser als Morphium. Bei häuslichen Kuren, die bei planmäßiger Durchführung den Badeortekuren fast gleichwertig sind, bevorzugt Verfasser die fraktionierte Darreichung heißer Brunnenwässer (fünfmal viertelstündlich je 100 g), und zwar bei normaler oder gesteigerter Sekretion des Magens die glaubersalzhaltigen (Karlsbad, Neuenahr), bei Subazidität oder Achylie die Kochsalzquellen (Kissingen, Homburg, Wiesbaden, Vichy). „Cholagoga" haben nur einen Zweck bei einigermaßen freier Gallenstrombahn und guter Funktion des Oddischen Sphinkters. Im akuten Anfall sind sie überhaupt nicht am Platze. Bei der chronischen, mit Ikterus einhergehen-

den Cholelithiasis kann ihre Anwendung in Frage kommen. Sicher cholagog wirken nur die gallensauren Salze. Sie bilden auch den wirksamen Bestandteil der per os zu gebrauchenden Medikamente, wie Agobilin. Eubilin, Felamin, Lezithin-Cholsäure usw. sowie des Cholevals (gallensaures Silber), das in Dosen von 0.1 bis 0.2 in 10 bis 20 cm³ sterilem Wasser intravenös injiziert wird (nach Prof. G. Singer, Wien). Auch Atophan und Atophanyl wirken cholagog. Für die chronischen Fälle kommt die Salizylsäure in Betracht, die teilweise durch die Galle ausgeschieden wird und dabei cholagog und antibakteriell wirkt. Schon Naunyn hat zu Beginn des Anfalles 2 bis 3 g Natr. salicyl. empfohlen, Verfasser bevorzugt das Saliformin, eine Verbindung von Salizyl mit Urotropin, dreimal täglich 1 g nach den Mahlzeiten. Bei subakuten und chronischen Fällen von einfachen und kalkulären cholangischen Infektionen empfiehlt Verfasser warm täglich oder mehrmals wöchentlich wiederholte Einspritzungen von 10 bis 50 cm³ einer 30%igen Magnesiumsulfatlösung mit der Duodenalsonde ins Duodenum; oft gehen dabei reichliche Mengen von dunkler Blasengalle ohne jegliche Darmreizung ab, und der Patient empfindet diese Flottmachung des Gallenstromes wie eine Befreiung. Das Chologen hat als bloßes Abführmittel nur zweifelhaften Wert. Nicht sehr zu empfehlen sind die Ölkuren (200 bis 300 g Öl auf einmal morgens nüchtern oder je 50 bis 100 g an vier bis fünf aufeinanderfolgenden Tagen); sie erzeugen Dyspepsien und widersprechen den oben erwähnten diätetischen Prinzipien. — Bei sehr heftigen langdauernden Gallenkoliken bewährt sich die von Laewen angegebene segmentäre Schmerzaufhebung, welche den X. Interkostalnerven unmittelbar rechts neben dem IX. Dornfortsatz durch Injektion von 10 bis 20 cm³ einer 2%igen Novokainlösung anästhesiert. Diese Methode hat auch differentialdiagnostischen Wert, da sie naturgemäß bei Ulkus, Appendizitis oder Nierenkolik unwirksam bleibt. Sicher bieten die Kuren in Badeorten bei der Gallensteinkrankheit gute Aussichten, da die Entfernung aus dem Berufe und die strenge Einhaltung der Diät die Wirkung der Wässer unterstützen. Bei der Auswahl des Kurortes ist die etwaige Funktionsstörung des Magens mit zu berücksichtigen. Etwa die Hälfte der Gallensteinkranken hat normale motorische und sekretorische Funktion des Magens, etwa ¼ Hypersekretion und etwa ¼ Sub- oder Anazidität. Die Kranken mit Hypersekretion gedeihen zweifellos in den Badeorten mit natronhaltigen Quellen (Kissingen, Homburg, Vichy) besser als in denjenigen mit Glaubersalzquellen (Karlsbad, Neuenahr, Tarasp). — Die Indikation zur Operation ist in der letzten Zeit allgemein etwas erweitert worden, und die Chirurgen verlangen sogar Frühoperation („Ars Medici" 1924, S. 444). Allein der Internist ist vorsichtiger in der Empfehlung der Operation, schon darum, weil er allein die zahlreichen Fälle kennt, die nach der Operation ihre Beschwerden nicht verloren haben. (D. m. W. Nr. 51, 1924.)

Wie wirken hypertonische Lösungen venös?

Aus einem Vortrag von Prof. K. Stejskal (Wien). Näheres siehe auch Stejskal, „Grundlagen der Osmotherapie" und „Neue therapeutische Wege", beide im Verlag Šafař, Wien und Leipzig.

2 cm³ einer 10%igen Traubenzucker- oder Na Cl-Lösung venös führen zu einer noch am selben Tage zurückgehenden Blutverdünnung (Zuströmen von Gewebswasser) und zu einer zehn Tage anhaltenden Gewichtszunahme infolge vermehrter Flüssigkeitsretention durch die nun relativ salzreichen Gewebe. Diese Vorgänge laufen stürmischer ab, wenn man den osmotischen Druck durch Injektion von 20 cm³ einer 50%igen Zucker- oder einer 10%-igen Na Cl-Lösung wesentlich erhöht. Die Steigerung der Permeabilität

begünstigt auch die Resorptionsbedingungen. Daher können durch 20 cm³ Zucker venös Lungenödem und Pneumonien oft überraschend beeinflußt werden. Eine Äthernarkose (zwölf Stunden nach der Injektion) verläuft ohne Exzitation, Schock oder Erbrechen und ermöglicht einen verminderten Ätherverbrauch. Gleichzeitig injiziertes Salvarsan oder Choleval, oder drei bis vier Stunden später erfolgende Injektion von 5 cm³ einer ½%-igen Trypaflavinlösung (bei Endokarditis und septischen Zuständen) zeigt erhöhte Wirkungen. Auch bei chronischen Irido-Chorioiditiden mit Glaskörpertrübungen sowie Ohrenleiden mit reduziertem Gehör und Ohrgeräuschen werden Erfolge erzielt. Ablaktionsstörungen (Hypergalaktie bei Mastitis) schwinden nach ein bis zwei Zuckerinjektionen. Ebenso führten in fünf Fällen von Basedow sechs Injektionen in drei Wochen zu Dauererfolg (Stejskal). Na Cl venös beseitigt den „Röntgenkater" und zeigt auch sonst deutliche Antischockwirkung. Na Cl venös erhöht bekanntlich auch die Blutgerinnbarkeit (Hämoptoe!). („Seuchenbekämpfung", H. 3/4, 1924.)

Insulin — perlinguale Anwendung.

Mendel, Wittgenstein und Wolffenstein haben nachgewiesen, daß das Insulin zwar bei oraler Einverleibung unwirksam ist, aber von der Schleimhaut der Zunge in vollkommen wirksamer Weise resorbiert wird. Anfangs hatten sie Schwierigkeiten, ein geeignetes Präparat zu bekommen, da das flüssige Insulin sich nicht zu perlingualer Applikation eignet und festes Insulin meist mit Desinfizientien (Trikresol usw.) kombiniert ist. Jetzt ist es aber gelungen, ein geeignetes Präparat, die „Insulingualtabletten" (Chem. Fabrik Dr. Ernst Silten, Berlin, Karlstraße) herzustellen. Jede Tablette wiegt 0.1 g und enthält 15 klinische Einheiten. Die Tabletten sind nicht zu locker gepreßt, um beim Transport nicht zu zerfallen, und anderseits nicht zu hart, damit eine wirklich perlinguale Applikation möglich ist. Die Hauptsache ist die Technik der wirklich perlingualen Applikation. Man darf die Tabletten natürlich nicht im Munde zergehen lassen, sondern muß sie kräftig in die Zunge einmassieren, wobei jedes Schlucken oder Hinwegschwemmen der Substanz mit dem Speichel zu vermeiden ist. Man übe gute Mundpflege, da eine belegte Zunge das Insulin schlecht resorbiert. Ist die Zunge doch belegt, so reibe man sie vorher mit verdünnter Salzsäure ab.

Im allgemeinen gelten für die perlinguale Insulinzufuhr dieselben Regeln wie für die subkutane, doch sind die Dosen etwa dreimal so hoch zu wählen.

Die perlinguale Insulinzufuhr ist nicht dazu berufen, die Injektion zu verdrängen. Im Koma, Präkoma und bei Fällen, wo man große Insulindosen braucht, wird man auf die Injektion nicht verzichten können; schon aus dem Grunde nicht, weil technisch die perlinguale Applikation von mehr als zwei Tabletten pro dosi (entsprechend etwa zehn Einheiten subkutan) kaum möglich ist. Die alleinige perlinguale Insulinzufuhr ist also auf Fälle zu beschränken, für die eine subkutane Dosis von etwa dreimal täglich zehn Einheiten ausreichen würde. Doch kann, wenn höhere Dosen erforderlich sind, die perlinguale Applikation die subkutane ergänzen. So kann man z. B. auch schwere Diabetesfälle ambulant behandeln, indem man vor der kohlehydratreichsten Mahlzeit eine Insulininjektion verabreicht und vor den anderen Mahlzeiten Insulin perlingual anwenden läßt. — Dozent Arnold (II. Med. Klinik, Berlin) bestätigt ebenfalls die Wirksamkeit der perlingualen Insulinapplikation. (Klin. Wschr. Nr. 51, 1924.)

Das Maltafieber

beschreibt C. Schneider (San Román) auf Grund von 200 selbst beobachteten Fällen. Die Infektion erfolgt ausschließlich durch Genuß von roher Ziegenmilch oder des daraus hergestellten Käse oder durch Zisternenwasser, das durch Ziegenexkremente verunreinigt ist. Meist erkranken Ziegenhirten. Die Erkrankung beginnt schleichend mit Frösteln, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Fieberanstieg bis 40°, wobei die Kranken das hohe Fieber meist gar nicht empfinden. Später wird das Fieber wechselnd, unregelmäßig und ist von starken Schweißausbrüchen, namentlich nachts, begleitet. Nach 20 bis 30 Tagen allmählich Entfieberung und neuerliche, ebensolche Attacke nach einem Intervall von 8 bis 14 Tagen. Unbehandelt kann dieser Zustand jahrelang dauern. Im Gegensatz zum Typhus ist der Puls der Temperatur entsprechend. Die Zunge ist feucht, rot und glänzend. Auffallend sind der völlige Appetitverlust, ein Gefühl der Völle im Abdomen, eine eigenartige Blässe der Haut, die allein schon die Diagnose ermöglicht und mannigfaltige, medikamentös unbeeinflußbare Schmerzen in Muskeln, Gelenken und Nerven (hingegen sehr selten Kopfschmerzen), besonders im Verlaufe des rechten Ischiadikus, die bei Bettruhe zunehmen, so daß die Patienten das Bett scheuen. Häufig Bronchitis mit viel Auswurf und Bronchopneumonie. Das einzige zuverlässig wirkende Mittel ist die Vakzinetherapie, durch welche die Mortalität auf 2.6% reduziert wurde. Man injiziert jeden dritten Tag bis einen Monat nach Abklingen des Fiebers und der Schmerzen zunächst 250 Millionen Keime und steigert die Dosis allmählich. (El Siglo Médico, Madrid, Nr. 71, 3686, 1924. Ref. Lurje, Fortschr. d. Med., Nr. 16/17, 1924.)

Nichttuberkulöse Lungenspitzenkatarrhe

sind nach Prof. J. Pal (Wien) mit gleichseitigen Nasen-, bzw. Nebenhöhlenaffektionen häufig vergesellschaftet. Man findet neben trockenen auch feuchte, kleinblasige, nicht klingende Rasselgeräusche ohne wesentliche Schallverkürzung; zeitweise auch leichte Abendtemperaturen, jedoch keine Lymphozytose, Gesamtbefinden im Verhältnis zum manifesten Lungenbefund gut. Der oft jahrelang bestehende Lungenbefund schwindet bald nach Beseitigung des ursächlichen Nasenleidens. Fehldiagnosen sind gewöhnlich. (M. Kl. Nr. 49, 1924.)

Indikationen der Pneumothoraxtherapie.

Von Dr. H. Ulrici (Sommerfeld).

Eine vitale Indikation ist schwere Lungenblutung („Ars Medici" 1924, S. 531), wenn die Blutungsseite aus dem vorher bekannten Befund, der während der Hämoptoe natürlich nur sehr schonend möglichen Untersuchung oder aus bestimmten Angaben des Kranken über warmes Rieselgefühl mit genügender Sicherheit ermittelt werden kann. Ist die Blutungsseite nur mit Wahrscheinlichkeit zu bestimmen, so führe man nur zur Entspannung eine mäßige Luftmenge ein.

Die Indikation für die Lungenkollapstherapie der Lungentuberkulose wird abgeleitet aus der Ausdehnung des Lungenprozesses, seiner Qualität und schließlich aus dem ganzen Krankheitsbild. Zur Abgrenzung der Ausdehnung sind die physikalische Untersuchung und die Röntgenaufnahme heranzuziehen; nicht eines oder das andere! Denn während die Röntgenplatte z. B. über die Progredienz des Prozesses gar nichts mitteilt, kann der Nachweis feuchter Rasselgeräusche den fortschreitenden Prozeß erkennen lassen. Anderseits zeigt zuweilen das Röntgenbild disseminierte

kleine Herde in großer Ausdehnung, die der physikalischen Untersuchung entgehen. In beiden solchen Fällen kann der Befund, auf der besseren Seite erhoben, eine Kontraindikation der Pneumothoraxbehandlung abgeben. — Man unterscheidet zweckmäßig zwischen absoluter und relativer Indikation. Der Ausdehnung nach gibt die rein einseitige Lungentbc. die absolute Indikation zur Kollapstherapie; auch die geringfügige Erkrankung der anderen Spitze (Stadium I. nach Turban) braucht noch keine Einschränkung zu bedingen. Bei darüber hinausgehender Erkrankung der besseren Lunge kann die relative Indikation gelten, solange nur disseminierte Herde im Bereich des Oberlappens und keine Kavernen vorhanden sind. — Die durch dicht stehende produktive Herde, durch konfluierende käsige Pneumonie oder konfluierende Zirrhosen derb infiltrierte Lunge kann nicht kollabieren, eignet sich also nicht für die Kollapstherapie. Auch starrwandige Kavernen nehmen am Lungenkollaps oft nicht teil. Zuweilen kann man sich schon nach dem physikalischen oder Röntgenbefund ein Urteil bilden, ob die kranke Lunge kollabieren kann; nicht selten entscheidet erst der Pneumothoraxversuch. Bei so starrer Lunge hilft natürlich auch die Thorakoplastik nichts. Als untere Grenze für die Indikation der Kollapstherapie hat der Nachweis von Tbc.-Bazillen im Sputum zu gelten. Denn die Therapie ist immerhin eine eingreifende. Die Atelektase der Lunge muß durch etwa zwei Jahre aufrechterhalten werden und führt daher immer zu einer bleibenden Schädigung des nicht erkrankten Gewebes, die man im Notfalle in Kauf nehmen muß, aber nicht ohne zwingenden Grund setzen darf. Die obere Grenze für die Kollapstherapie wird durch die besprochene Ausbreitung der Herde und durch den Charakter des tuberkulösen Prozesses festgelegt. Die chronisch-entzündliche produktive Tbc. ist im allgemeinen ein dankbares Objekt dieser Therapie, in erster Linie die zur Induration neigenden Formen und die ausgesprochen zirrhotischen Phthisen. Zweifelhafter sind die Aussichten schon bei zu konfluierender Verkäsung und Erweichung neigenden subchronischen produktiven Tuberkulosen (dicht stehende kleinste Herdschatten im Röntgenbilde). Einen sehr guten Anhaltspunkt gibt die Beobachtung des weißen Blutbildes und der Senkungsgeschwindigkeit. Leukozytose, Neutrophilie und namentlich Lymphopenie sind prognostisch ungünstig, während die Rückbildung dieser Erscheinungen und die relative Zunahme der Eosinophilen und der Lymphozyten Wendung zum Besseren anzeigen. Bei der Senkungsprobe müssen Stundenwerte über 30 mm zur Vorsicht mahnen; auch hier weist Kleinerwerden des Index auf günstigere Aussichten hin. — Bei den exsudativen Formen (käsige Pneumonie, abszedierende, käsige Phthisen) ist der Pneumothorax im allgemeinen streng kontraindiziert; höchstens bei der kleinherdigen sublobulären oder azinösen Phthise kann er versucht werden. Bei allen exsudativen Formen sind böse Komplikationen bei der Kollapstherapie zu fürchten, wie Empyem oder Spontandurchbruch. Bei exsudativen Tuberkulosen schließen exsudative Herde der besseren Seite jede Kollapstherapie aus.

Eine weitere Kontraindikation ist durch manche Erkrankungen anderer Organe gegeben. Hieher gehören: schwere Kehlkopf- oder Darmtbc., Herzklappenfehler, chronische Nierenerkrankungen, Amyloidose und Kachexie. Hingegen kann während der Gravidität der Pneumothorax angelegt und auch über die Geburt hinaus erhalten werden. (Klin. Wschr. Nr. 47, 1924.)

Die Indikationen der Proteinkörpertherapie

bespricht Dozent Buzello (Chir. Univ.-Klinik, Greifswald). Sehr gering sind die Aussichten bei allgemeinen Infektionskrankheiten, weit günstiger

sind akute, örtlich beschränkte Entzündungsprozesse, z. B. eine Arthritis gonorrhoica, ein Bubo axillaris usw. Alle chronisch verlaufenden Krankheiten sprechen besser auf Proteintherapie an, und von diesen auch wieder diejenigen mit lokal begrenztem Infektionsherd am besten. Häufig gelingt es auch, eine chronisch verlaufende Krankheit durch Proteintherapie wieder akut zu machen und dadurch weitgehende Besserung und Heilung zu erzielen.

Im einzelnen hat sich die Proteintherapie bei Gelenkrheumatismus nicht bewährt. Bei Grippe waren die Resultate (besonders mit Omnadin) besser, bei Grippepneumonie nicht überzeugend. Bei Scharlach hat sich normales Menschenserum oder Rekonvaleszentenserum (beginnend mit 0.5 bis 1 cm³ muskulär) bewährt. Die Furunkulose ist ein Hauptanwendungsgebiet der Proteintherapie; am besten wirkt hier wohl Autovakzine; wo solche nicht zu beschaffen ist, empfiehlt sich polyvalente Vakzine (z. B. Opsonogen oder Staphar). Beim einzelnen ausgebildeten Furunkel bleibt natürlich das Messer die beste Behandlung. Und so verhält es sich bei fast allen akuten zirkumskripten Eiterungen (z. B. Otitis media, eitrige Peritonitis, Osteomyelitis). Berechtigung und günstige Wirkung haben Proteinkörper hier erst in der Nachbehandlung. Hier erfreut sich besonders das Yatren großer Beliebtheit, auch in seinen entsprechenden Verbindungen als Gono-Yatren, Staphylo-Yatren usw. — Ähnlich verbindet man bei Gonorrhoe die spezifische mit der Proteintherapie durch Anwendung des Arthigons (muskulär steigend von 0.5 bis 1.5 cm³, venös steigend von 0.1 bis 0.5 cm³ pro dosi). Eine Kontraindikation ist nur Endocarditis gonorrhoica. Bei Epididymitis gonorrhoica, Pyosalpinx und Adnexitis gonorrhoica pflegen die Reaktionen sehr heftig zu sein, und es empfiehlt sich daher nur muskuläre Anwendung des Arthigons. Bei Pleuritis exsudativa empfahl Gilbert Autoserotherapie mit folgender verblüffend einfachen Technik: 5 bis 10 cm³ des serösen Exsudats werden mit der Punktionsspritze angesaugt; dann wird die Kanüle so weit zurückgezogen, bis ihre Spitze sicher unter der Haut liegt und nun dieselbe Flüssigkeit subkutan injiziert; Wiederholung nach sechs bis acht Tagen. Das Verfahren wurde von mehreren Autoren nachgeprüft und gelobt. — Chronische, rheumatische und traumatische Arthritiden, auch Arthritis deformans werden günstig durch die Proteintherapie beeinflußt. — Bei Bubonen rühmt Müller die Milchinjektion, 5 bis 6 cm³ intraglutäal; er braucht bei dieser Behandlung nur sehr selten zur Inzision zu greifen. Bei Hautkrankheiten haben Klingmüller und nach ihm viele andere Terpentin empfohlen, 4 Tropfen bis 1 cm³ einer 20%igen Lösung von Terpentin in Olivenöl pro dosi oder die fertigen Präparate Terpichin, Olobinthin usw. Gute Erfolge bei Akne, Furunkulose, Urtikaria, Pyodermie und Ulcus cruris.

Bei Ulcus ventriculi hat Přibram in neuerer Zeit die Proteintherapie eingeführt und gegen alle Angriffe verteidigt. Er injiziert Vakzineurin, Kaseosan, besonders aber Novoprotin. Nach vier bis acht Injektionen von je 1 cm³ Novoprotin in zwei- bis viertägigen Intervallen sollen die Schmerzen schwinden. Doch wurde kürzlich über eine Obduktion berichtet, welche das Bestehen eines großen Ulcus ventriculi feststellte. obwohl auf Novoprotin die Schmerzen geschwunden waren.

Bei malignen Tumoren wurde wiederholt Proteintherapie angewendet. Es wurde keine sichere Beeinflussung festgestellt, zuweilen aber beschleunigtes Wachstum beobachtet.

Bei Tbc. ist die Proteintherapie ein zweischneidiges Schwert; gar zu leicht werden inaktive Prozesse aktiviert oder Blutungen hervorgerufen.

Die Tuberkulinbehandlung ist ja auch zum Teil Proteintherapie und daher mögen hier einige Bemerkungen über die moderne Tuberkulinbehandlung Platz finden. Ihre Dosen sind vor allem erheblich geringer als die früher angewandten. Nach jeder Injektion ist die negative Phase abklingen zu lassen und daher mindestens acht bis zehn Tage bis zur nächsten Einspritzung zu warten. Jedes Schematisieren ist besonders hier zu vermeiden; man richte sich nur nach den klinischen Symptomen. Die Wirkung muß sich zeigen in Besserung des Allgemeinbefindens, besserem Appetit, Gewichtszunahme, Rückbildung der tuberkulösen Herde und Nachlassen der örtlichen Schmerzen. Ohne hygienisch-diätetische Behandlung vermag auch die Proteintherapie bei Phthisis pulmonum nichts zu erreichen, genau so wie bei chirurgischer Tbc. die alten Behandlungsmethoden der Stauungen, Punktionen, Bestrahlungen und Operationen immer neben der Proteintherapie und Tuberkulin nowendig sind. Bei Lungentuberkulose beginnt man zweckmäßig mit 1/30000 mg Bazillenemulsion, Injektion alle acht Tage erneuern und bei jeder dritten Injektion mit der Dosis steigen. Das Maximum für Lungen- und Genitaltuberkulose ist 1/5000 mg Bazillenemulsion, für anders lokalisierte Tbc.-Prozesse 1/4000 mg Bazillenemulsion. (D. m. W. Nr. 47/48, 1924.)

Toxikologisches.

Von Prof. Müller-Heß (Bonn).

Tödliche und Maximaldosis sind relative Begriffe. Blamoutier berichtet von einer Vergiftung durch 0.2 g Strychnin, das ein völlig Betrunkener nach einer reichlichen Mahlzeit genommen hatte: Vier Stunden später heftiges Erbrechen, schwere Krämpfe, Pupillen weit, Atmung zeitweise sistiert und durch künstliche ersetzt, Thorax in forcierter Inspiration. Trotz wiederholter Injektion großer Dosen (bis 12 g) Chloralhydrat Krämpfe unbeeinflußt, bis nach zwölf Stunden ruhiger Schlaf eintritt. Nach dem Erwachen noch einzelne Krämpfe, Heilung. Goldreich sah ein zweijähriges Kind in drei Tagen genesen, das 0.05 g Atropin genommen hatte, obwohl die Gegenmaßnahmen erst verspätet einsetzten. Ein Patient von Olsen nahm nach reichlichem Kaffeegenuß die zehnfache Maximaldosis Physostigmin, wurde nach einer halben Stunde blind und brach plötzlich zusammen. Nach wiederholtem reichlichen Erbrechen ohne Durchfall allmählich Besserung und Heilung in sechs Tagen.

Salvarsanvergiftungen (Blutdrucksturz, Ödeme, Urtikaria, schwere Dermatosen usw.) können durch Verwendung von Afenil o. a. Kalkpräparate als Lösungsmittel verhütet, durch Adrenalin gebessert werden.

Arsengewöhnung per os (Arsenesser) bedeutet noch nicht eine solche auch parenteral. Arsengewöhnte Hunde sterben nach subkutaner Applikation bei fast der gleichen Dosis wie normale.

Gewerbliche Hg-Vergiftungen kommen in der Hutindustrie vor. Die hier verwendeten Kaninchenfelle werden mit einer Hg-haltige Beize behandelt und enthalten bis 2.4% des Giftes. In einer kleinen primitiven Hutfabrik fand Möller bei 25% der Arbeiter Stomatitis mercurialis.

Gewerbliche Bleivergiftung. Heim fand bei 65% der Polierer und Lackierer einer Automobilfabrik Bleisaum und Blei im Harn; 44% derselben hatten deutliche Mononukleose, 56% basisch granulierte Erythrozyten.

Auf dem Lande in Oberösterreich ist typische Bleilähmung (Streckmuskeln der rechten Hand! — Ref.) und Bleikolik nicht selten. Stiefler

führt dies auf den Genuß von Most zurück, der durch ein Bleirohr aus der Fruchtpresse läuft.

Bleivergiftung durch bleihaltiges Spielzeug (Bleisoldaten!) bei einem Kinde beschreibt Friedberg. Bleisaum und Koliken fehlten, erst eine plötzlich auftretende Polyneuritis führte zur Diagnose.

Gewerbliche Benzolvergiftungen infolge Einatmens von Benzoldämpfen spielen namentlich in der Gummiindustrie eine große Rolle. Zunächst treten Übelkeit, Erbrechen, Harndrang, Reizung der Schleimhäute und Atemnot auf, dann hohes Fieber, perniziöse Anämie, schwere Blutungen usw.

Nach chronischem Gebrauch von Bromural bzw. Adalin sah Sattler in zwei Fällen Sehstörungen (temporale Abblassung der Papille, zentrales Skotom, Anisokorie, reflektorische Pupillenstarre), Steigerung bzw. Schwund der Sehnenreflexe und Tremor. Nach Entziehung, die starke Erregungszustände hervorrief, gingen allmählich alle Symptome zurück, nur der Augenbefund blieb unverändert. Hingegen bewirkte nach Oort der einmalige Gebrauch von 5 g Adalin (Suizidversuch) in zwei Fällen nur 24stündigen Schlaf und belanglose Nebenwirkungen.

Kokainismus. Man unterscheidet ein euphorisches, halluzinatorisches und deliröses Stadium. Am häufigsten ist die Aufnahme des K. durch die Nase. Als Folge von Ernährungsstörungen durch maximale Blutgefäßkontraktion hat Natanson bei 90% von 86 Kokainschnupfern Perforation des knorpeligen Nasenseptums konstatiert. Auch akute, tödliche Vergiftungen kommen vor.

Gewerbliche Vergiftungen sieht man auch durch Chinin (Gesichtsödem, juckende Erytheme im Gesicht und in den Gelenkbeugen). Überempfindlichkeit gegen Chinin kann in der Praxis unangenehme Überraschungen bereiten (Ohnmachtsanfälle, Atemlähmung).

Je einen Fall von Strychninvergiftung durch Nux vomicahaltige Magenpastillen (im freien Handel) bei Kindern beschreiben Hanssen und Hoppe. Das eine Kind starb, das andere (klonische Krämpfe) konnte durch Chloroformnarkose und 7.5 g Magnesiumsulfat subkutan gerettet werden.

Pikrinsäure, die namentlich in Amerika in alkoholischer Lösung bei Verbrennungen verwendet wird, kann schwere Magen- und Darmstörungen und nervöse Reizerscheinungen auslösen.

Atophanvergiftungen in 17 Fällen (juckende Dermatosen, Ödem, Schleimhautschwellung, Fieber, Albuminurie) sah Schröder. Er empfiehlt daher das Mittel stets nur gleichzeitig mit Natr. bicarb. und niemals ambulant zu geben. (Jahresk. f. ä. Fortb., IX., 1924.)

Neurologie und Psychiatrie.

Über die Behandlung des Morphinismus.

Von R. v. Hösslin (Kuranstalt Neuwittelsbach bei München).

Am sichersten ist die Entziehung in der geschlossenen Anstalt, doch müssen auch aus dieser die Kranken jederzeit auf Verlangen entlassen werden, trotz unterschriebenen Reverses, Vollmacht der Eltern u. dgl. Leider ist die behördliche Überwachung des Morphiumhandels und die Bestrafung Unbefugter ganz unzureichend. Bei wirklich strenger Überwachung kann die Behandlung in jeder Anstalt erfolgen. Hypnose ist von zweifelhaftem Wert. Alle Schwerkranken sind von einer Entwöhnungs-

kur von vornherein auszuschließen. Nach der Aufnahme kommt Patient zunächst in ein Bad und dann nur im Hemd in ein ihm noch unbekanntes Zimmer, um vorherige Anlage von Morphiumdepots unmöglich zu machen. Selbstverständlich müssen sämtliche mitgebrachten Gegenstände, Besuche (am besten verbieten!), Post (in Gegenwart des Kranken) genau untersucht werden. Patient muß dauernd, bei Tag und Nacht, selbst im Bad und Klosett von einem eigenen verläßlichen (!) Wärter überwacht werden. Viele Kranke verlassen die Anstalt, wenn sie sehen, daß es ihnen tatsächlich unmöglich ist, sich M. zu verschaffen.

Am ersten Tag erhält Patient die von ihm angegebene Tagesmenge M. in drei gleichen Teilen mittags, spät abends und morgens früh. Nur bei ganz kleinen Mengen ist es möglich, das M. sofort wegzulassen, bei größeren sind hiezu drei bis zehn Tage, je nach der Dauer der Gewöhnung, erforderlich. Bleiben Abstinenzerscheinungen aus, gegen deren Auftreten die Kranken meist viel zu hohe Dosen nehmen, so geht man schon am nächsten Tag auf die Hälfte herunter. Dann wird allmählich weiter zuerst die Mittags-, dann die Morgen- und schließlich die Abenddosis reduziert, die auch als letzte entzogen wird, worauf man noch einige Abende physiol. Na Cl-Lösung injiziert. Plötzliche Entziehung kann zu schwerem, selbst tödlichem Kollapse führen.

Sehr wichtig ist die Sorge für guten Schlaf durch mehrstündige Bäder, am besten durch große Dosen von Luminalnatrium subkutan (10 g von einer 5%igen Lösung). Diese Dosis kann auch am Tage wiederholt, bis zu 1.0 bis 1.5 g in 24 Stunden, bei Delirien und sehr schweren Erregungszuständen kombiniert mit 0.5 mg Skopolamin pro dosi gegeben werden. Bei Schwächegefühlen Kampfer, Koffein. Große Alkoholmengen haben sich nicht bewährt. Ganz verwerflich sind M.-Ersatzpräparate (Pantopon, Eukodal u. dgl.). Es ist manchmal nötig, den Kranken durch tagelangen Luminalschlaf über die ganzen Abstinenzerscheinungen hinwegzubringen; dann werden nur wenige die Entziehung vorzeitig unterbrechen. Sind die Abstinenzerscheinungen überwunden, so wird auch (einige Tage nach der letzten M.-Dosis) das Luminal zunächst am Tage ausgesetzt; dann abends bald auf 0.3 und 0.2 reduziert und nicht mehr subkutan, sondern per os gegeben. Dann werden noch durch einige Tage indifferente Mittel gegeben. Über die Höhe der Dosen ist Pat. nicht zu informieren.

Die strenge Kontrolle ist nach der Entziehung noch einige Wochen fortzusetzen. Gewährt man größere Freiheit (unzuverlässige Besuche usw.), so muß man alle acht bis zehn Tage zur Kontrolle eine 48stündige strenge Isolierung (unbekanntes Zimmer nach Bad usw.) durchführen. Diese ist auch sechs Wochen nach der Entlassung und noch einige Male alle drei bis vier Monate durch drei Tage erforderlich. Die Harnkontrolle auf Morphium ist in der Praxis unverwendbar.

Leider werden trotz der Heilbarkeit des Morphinismus nur wenige Fälle dauernd geheilt, weil eine zwangsweise Behandlung und Überwachung der Kranken, die nicht mehr die moralische Kraft aufbringen, die Qualen der Entwöhnung zu ertragen, gesetzlich unmöglich ist.

Das Gleiche wie für M. gilt auch für Opium und dessen andere Derivate. Hingegen können Kokain und Alkohol sofort entzogen werden, da die Abstinenzerscheinungen 24 Stunden meist nicht überdauern. (M. m. W. Nr. 45, 1924.)

Schädigungen durch Schilddrüsenmedikation

hat Dozent Mosler (III. med. Univ.-Klinik, Berlin) in der letzten Zeit wieder bei sechs Patienten beobachten können. Dieselben hatten mit oder

ohne ärztliche Verordnung Thyreoidin- oder Lipolysin-Tabletten genommen; die Folgen waren motorische Unruhe, Schlaflosigkeit, Herzklopfen, Tachykardie, Arhythmie, Blutdrucksenkung und Schweiße. Die Diagnose, „endokrine Fettsucht", wird im allgemeinen viel zu leicht gestellt. Wenn auch einzelne Züge auf endokrine Störungen hinweisen, so kommt man meist bei genauer Kontrolle der Lebensweise der Patienten dazu, die Schuld der Fettsucht auf überreiche Ernährung zurückzuführen. Natürlich soll der Arzt auch nicht dem Verlangen mancher Damen nachgeben, die der Mode folgend abnehmen wollen, wo dies gar nicht geboten erscheint. Die Erzielung einer wirklich notwendigen Abmagerung gelingt fast stets durch Diätkuren, besonders durch die Diät nach Paul Friedrich Richter: 8 Uhr: eine Tasse Tee ohne Milch mit Saccharin, 40 g mageren Schinken, ein Weißbrötchen ohne Butter. — 10 Uhr: ein Ei. — 12 Uhr: einen Apfel oder sechs Backpflaumen. — 3 Uhr: einen Teller Bouillon, 100 g mageres Fleisch, eventuell am Rost, 150 g Salzkartoffeln, viel grünen Salat mit Zitrone oder eine saure Gurke oder Radieschen. — Als Getränk fünf Minuten vor dem Essen ein Glas Zitronenlimonade ohne Zucker. — 5 Uhr: eine Tasse Tee. — 6 Uhr: einen Apfel. — 8 Uhr 30: 80 g kaltes Fleisch, 150 g Salzkartoffeln, Salat oder Tomaten, Rettich oder Radieschen, Getränk wie mittags.

Nach 14 Tagen: Mittags statt 150 g Kartoffeln nur 50 g Kartoffeln und 100 g Spinat oder Blumenkohl, in Salzwasser gekocht. Abends statt 150 g Kartoffeln nur 50 g Kartoffeln und 100 g Kohlrabi oder Karotten in Bouillon gekocht.

Die wöchentliche Einschaltung eines Mendelschen Rohobsttages („Ars Medici" 1924, S. 294) kann diese Kur wesentlich unterstützen. An diesem Tag reicht man dem Patienten 1½ kg rohes Obst (gleichgültig welche Sorte) in fünf Portionen. Bei im Beruf stehenden Menschen kann man ein bis zwei Stück Zwieback und ein gekochtes Ei hinzufügen.

Die Therapie der oben geschilderten Schilddrüsenschädigung besteht in einer Ruhekur, unterstützt durch Brom und Kodein, eventuell Schlafmittel. Bei Zeichen von Herzinsuffizienz ist natürlich Digitalis zu geben. Die lästigen nervösen Erscheinungen können noch wochenlang nach dem Aufhören der Schilddrüsentherapie andauern. (D. m. W. 50, 1924.)

Tetrophan bei Nervenkrankheiten.

Von Prof. O. Foerster, Breslau.

Das Tetrophan (Riedel A.-G., Berlin) steht in seiner Wirkung dem Strychnin nahe und läßt sich mit auffallendem Erfolge bei vielen Nervenkrankheiten anwenden. Natürlich ist seine Wirkung keine kausale, sondern eine symptomatische. Die Wirkung des Strychnins und Tetrophans ist eine reflexsteigernde, und wie demnach zu erwarten ist, ist das Hauptindikationsgebiet für die Tetrophantherapie die Tabes dorsalis. Schon nach einigen Tagen sieht man die Muskelschlaffheit sich bessern, am markantesten und praktisch wichtigsten aber ist die Änderung des Ganges. Das Einknicken im Knie, das Watscheln und das Vorschleudern des Unterschenkels schwinden oder vermindern sich auffallend durch die Erhöhung des Muskeltonus. Zu jeder Übungsbehandlung bei Tabikern sollte man nicht versäumen, Tetrophanbehandlung hinzuzufügen. Auch die Sensibilität der Tabiker wird durch T. gebessert, während Verfasser mit Strychnin eine solche Besserung nie erzielen konnte. Die lanzinierenden Schmerzen und Parästhesien werden nicht beeinflußt, ja bei gastrischen Krisen, Larynx-, Darm- und Blasenkrisen ist das T. kontraindiziert, ebenso wie zuweilen bei zu starker oder zu lange fortgesetzter T.-Therapie lästige Hyperästhesien und Parästhesien auftreten. Sehr günstig wird

stets die tabische Blasenparese beeinflußt. Die Tatsache der guten Wirkung des T. auf die Tabes wird dadurch bewiesen, daß bei Aussetzen der Medikation die Störungen wieder stärker auftreten. — Eine schwere Zerebellarerkrankung, die sich im Anschluß an eine Meningoenzephalitis nach Flecktyphus entwickelt hatte, konnte Verfasser durch Übungsbehandlung im Verein mit T. fast zur Heilung bringen. Die 16jährige Kranke konnte anfangs weder stehen noch gehen, erst nach T.-Therapie konnte dann die Übungsbehandlung einsetzen. Auch hier beruht die Wirkung des Mittels auf der Reflexsteigerung. — Die multiple Sklerose wurde merkwürdigerweise anfangs für ein wichtiges Indikationsgebiet des T. erklärt. Das trifft im allgemeinen nicht zu, was ja bei der ausgesprochenen Reflexsteigerung und Spastizität der meisten solchen Kranken begreiflich ist. Nur wo die zerebellare Gleichgewichtsstörung im Vordergrunde steht, ist T. angezeigt und ebenso bei den selteneren Fällen, die unter dem Bilde der „Pseudotabes" verlaufen. Eine Sonderstellung nehmen die Blasenstörungen bei der multiplen Sklerose ein; sie werden meist durch T. gebessert; man muß aber individualisieren, denn bei größeren Dosen kann es auch zu einem Spasmus der Blasenmuskulatur und zu Erschwerung der Miktion kommen. — Bei Hemiplegien und Myasthenie wird durch T. zuweilen die Bewegungsfähigkeit erweitert und die schnelle Ermüdbarkeit gebessert. Bei dem postenzephalitischen Parkinsonismus sind zwei Formen zu unterscheiden: wo der Rigor, die Spannung der Muskeln und die Katalepsie im Vordergrunde stehen, ist T. kontraindiziert; bei der sogenannten „hypokinetischen Form" aber mit Verlangsamung des Bewegungsbeginnes leistet das T. gute Dienste. Bei peripheren Lähmungen ist der Nutzen des T. gering.

Dosierung. Tetrophan wird in Tabletten oral verabfolgt. Bei Tabes, Pseudotabes, Zerebellarerkrankungen und der zerebellaren Form der multiplen Sklerose gibt man zweimal täglich 0.1 g durch Wochen und Monate. Verabfolgt man höhere Dosen (zweimal täglich 0.2 g), so treten oft Hyperästhesien, lanzinierende Schmerzen oder gastrische Krisen auf. Dann muß man für acht bis zehn Tage das Mittel aussetzen und kann dann wieder mit der Medikation beginnen. Bei Fällen von multipler Sklerose mit Pyramidenbahnbeteiligung oder bei Parkinsonismus gebe man zweimal täglich 0.05 oder einmal täglich 0.1 g. Hier ist man auch bei diesen kleinen Dosen öfters gezwungen, wegen Steigerung der Reflexerregbarkeit und Eintretens von Krampfzuständen die Medikation zu unterbrechen. Ist das nicht der Fall, so kann man auf täglich zweimal 0.1 g steigen. Bei Myopathien, Myasthenie und peripheren Lähmungen kann man gleich mit zweimal täglich 0.1 g beginnen und bei guter Verträglichkeit auch auf zweimal täglich 0.2 g steigen. Allerdings ist hier der Nutzen des Mittels, wie erwähnt, im allgemeinen geringer. Von der Methode, das T. in steigender Dosierung zu geben, ist Verfasser ganz abgekommen. — Die Wirkung des Mittels ist stets eine rein palliative, und mit dem Aussetzen der Medikation schwindet die Wirkung; ein Dauererfolg ist also nur mit einer Dauermedikation zu erzielen. (Klin. Wschr. Nr. 2, 1925.)

Chirurgie und Orthopädie.

Verläßliche und sparsame Asepsis.

Von Dozent F. Demmer (Primarius im Spital der Barmherzigen Brüder in Wien).

Vorbereitung der Haut des Patienten: Keine Waschungen, trockenes Rasieren vor der Operation, fünf Minuten und neuerlich eine Minute vor der Operation Anstrich mit 5% Jodtinktur (bei empfindlicher Haut, Idiosynkrasie usw. genügt doppelte Waschung mit 70% Alkohol). Der zweite Anstrich hat hauptsächlich entsprechend der Schnittlinie, sowie an jenen Stellen zu erfolgen, die durch Injektionen (Lokalanästhesie) befeuchtet wurden. Anklemmen von sterilen Kompressen an die Schnittränder. Diese einfache Vorbereitung der Haut hat sich in ungezählten Fällen als absolut verläßlich erwiesen.

Vorbereitung der Hände: Kurzes kühles Waschen (eine Minute) mit Seife ohne Bürste, sorgfältiges Trocknen mit frischem Handtuch. Hierauf Einreiben von 1‰ Sublimatalkohol (70%), abermals völliges Trocknen in steriler Kompresse. Dünn einpudern mit sterilem Talkpuder. Gut passende Gummihandschuhe vorsichtig anlegen. Die Hand bleibt hiebei schweißfrei, und der Keimgehalt des Handschuhinneren nach der Operation ist bedeutend geringer als bei der Ahlfeld-Fürbringerschen Warmwasser-Bürsten-Seifenwaschung oder überhaupt Null.

Vorbereitung der Gummihandschuhe: Außen und und innen mit Seife waschen, spülen, unter Wasser aufgeblasen auf Dichtigkeit prüfen (eventuell mit Paragummi kleben), dann unter Sublimat 1:1000 durch 15 Minuten (vollgeschöpft) desinfizieren, trocknen (Aufhängen in Holzklammern oder beiderseits Abtrocknen mit frischen Kompressen), mit sterilem Talkpuder einstreuen und zwischen frischen Kompressen aufbewahren.

Armierung der Hände: Beim Anlegen der Gummihandschuhe wird der überschüssige Puder zuerst entfernt. Die angelegten Handschuhe werden eine Minute mit Seife gewaschen, abspülen, zwei Minuten Sublimatbad (1:1000), wobei sorgfältig darauf zu achten ist, daß in das Handschuhinnere keine Feuchtigkeit gelangt (der oberste Manschettenrand kann ungewaschen bleiben). Jetzt wird der sterile Mantel angelegt, dessen Ärmel im Handgelenk über der Gummimanschette festgebunden. Befeuchten der Mantelmanschetten mit Sublimattupfern. Überziehen von noch feuchten Trikothandschuhen, die bei Laparatomien in steriler Na Cl-Lösung, bei allen anderen Operationen in 1:1000 Sublimat ausgekocht wurden. Abtrocknen überschüssiger Flüssigkeit mit steriler Kompresse. Der feuchte Trikothandschuh ermöglicht ein besseres Tastgefühl als der trockene. Die beschriebene Technik ermöglicht den Gebrauch von einem Paar Gummihandschuhen für 100 große Operationen.

Vorbereitung der Seide: Man verwende keine irgendwie konservierte (z. B. in Alkohol aufbewahrte) Seide, da man sonst häufig Nahtvereiterung und Sekundaheilung sehen wird. Die Seide soll vielmehr mit trockenen, sauberen Händen (weißen Handschuhen) auf Aluminiumspulen einschichtig und locker aufgewickelt (sonst Einrisse beim Aufkochen infolge Dehnung der Metallspulen) und darauf vor der Operation durch 15 Minuten mit den Instrumenten und den Trikothandschuhen gekocht werden. Seidenreste können auf ihren Spulen getrocknet, aufbewahrt und neuerlich gekocht werden.

Vorbereitung der scharfen Instrumente: Scheren, Messer und Nadeln sind blank und trocken in 90%igem Alkohol 15 Minuten

einzulegen und vor dem Gebrauch mit einer sterilen Kompresse vom Alkohol abzutrocknen. Die Instrumente werden nach dem Gebrauch mit kaltem Wasser und Bürste gereinigt, mit einem Tuch sorgfältig getrocknet und aufbewahrt. Zur Nachbehandlung werden die blanken und trockenen Instrumente (anatomische Pinzette, Kornzange und Schere) vor dem Bett des Patienten einige Sekunden von der Spitze bis zum Schloß durch eine Alkoholflamme (Wattestäbchen in reinen Alkohol getaucht; reine Blauflamme) gezogen. Im Gegensatz zum Auskochen, das mindestens zehn Minuten lang erfolgen muß, bleiben hiebei Schärfe, Glätte und Vernicklung der Instrumente unversehrt. In Hunderten von Operationen hat sich diese Desinfektionsmethode als absolut zuverlässig erwiesen. (W. m. W. Nr. 47, 1924.)

Das Mammakarzinom.

An der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Ludwigshafen a. Rh. wurden 1915 bis 1921 zirka 100 Fälle von Brustkrebs operiert und zum Teil nachbestrahlt. L. Simon und W. Wollner berichten über die Resultate. Sie zeigen vor allem 100% Dauerheilung (über fünf Jahre) für die Radikaloperation (Entfernung auch des M. pectoralis major) für die Gruppe I nach Steinthal (= Tumor höchstens hühnereigroß, gegen Haut und Unterlagen frei verschieblich, Drüsen weder bei der Untersuchung, noch bei der Operation nachweisbar; Steinthal II: Tumor mit Haut oder Muskel verwachsen, einzelne axilläre Drüsen; III: ulzerierte Tumoren, axilläre, infra- und supraklavikuläre Drüsen). Von der Gruppe III war nach fünf Jahren keine einzige Pat., nach drei Jahren nur mehr eine am Leben. Die nachbestrahlten Fälle II und III, zeigen gegenüber anderen Kliniken immerhin eine Besserung der Statistik, die auf die Nachbestrahlung zurückgeführt wird. Diese darf aber keine starken Dosen (Karzinomdosen), sondern nur verzettelte Dosen verwenden: Je ein axillares, supraklavikulares und auf das Operationsgebiet selbst gerichtetes Fernfeld mit 60 bis 70% HED und 0.5 mm Zinkfilter; anfangs alle fünf bis sechs Wochen, später in größeren Intervallen durch ein bis eineinhalb Jahre („Röntgenkur").

Sehr wichtig für Arzt und Publikum: 82% sämtlicher Mammatumoren sind Karzinom, zirka 9% Sarkom, der Rest mit nur 9% sind gutartige Tumoren. Die radikale Frühoperation ergibt 100% Dauerheilung. (M. m. W. Nr. 47, 1924.)

Über die chirurgische Behandlung der Nephritis

referierte Prof. Kümmell (Hamburg) am VI. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie in Berlin (Oktober 1924). Die Dekapsulation beeinflußt die Sympathikusfasern der Nierenkapsel, der krankhafte Spasmus der Nierengefäße hört auf, die Gefäße erweitern sich, die Niere wird gut durchblutet, der Blutdruck sinkt. K. hat 140 Fälle meist erfolgreich operiert. Die schwersten Symptome der Anurie und Urämie werden in den weitaus meisten Fällen beseitigt. Die N. infectiosa und dolorosa werden fast stets, die N. haemorrhagica in einem hohen Prozentsatze dauernd geheilt. Auch beim M. Brightii, bei der Scharlachnephritis, bei der toxischen N. (Sublimat usw.) und bei der mit Eklampsie einhergehenden N. schwinden Anurie und Urämie sofort nach der Dekapsulation. (M. m. W. Nr. 45, 1924.)

Zur Behandlung des Plattfußes.

Nach S.-R. G. Müller (Berlin) entsteht, der statische „Senk-Knickfuß" durch Umkippen des Fußbogens nach innen („Kippfuß") und sekun-

däres Einstürzen desselben („Senkfuß“) infolge von Erkrankungen des Fußskeletts, Schädigungen und Überanspruchnahme der plantaren Fußmuskeln und des M. tib. posticus. Diese Muskeln müssen daher zunächst durch Massage, aktive, passive und Widerstandsbewegungen, Wechselbäder, Elektrizität, Heliotherapie, Barfußlaufen am äußeren Fußrand im Sandboden oder weichem Ackerland, Kletterübungen u. dgl. gekräftigt werden. Dauernde Supination erreicht man durch Schuhe mit innen verlängerter Absatzkappe und nach außen schräg abfallendem Schuhboden, sowie durch eine Einlage, die gleichzeitig den inneren Fußrand hebt und die Längswölbung herstellt, ohne aber in die Wölbung auch den äußeren Fußrand mit einzubeziehen und ohne durch Druck die Blutzirkulation in der plantaren Muskulatur zu stören. Die Einlagen sollen keineswegs in der Längsachse, sondern durch Anbringen einer Federung unter der Stahlsandale nur im Sinne der Pro- und Supination federn. (Die Ther. d. Gegw., November 1924.)

Dauererfolge bei der Resektion des Magenkrebses.

Prof. H. Finsterer berichtete in der Ges. d. Ä. in Wien über seine Resultate bei 367 in den Jahren 1910 bis 1924 operierten Magenkarzinomen (225 Resektionen, 68 Probelaparatomien und Jejunostomien, vier Totalexstirpationen des Magens). In 62% aller Fälle wurde somit das Ca reseziert, und zwar auch dann, wenn es bereits auf das Mesokolon, das Pankreas, den l. Leberlappen, das Colon transversum oder die r. Ösophaguswand übergegriffen hatte (81 Fälle). In 15 Fällen wurde sogar der blutende und jauchende Tumor trotz Metastasen in der Leber, am Peritoneum usw. reseziert und dann der Röntgentherapie zugeführt. Die Operabilität kann oft nur durch die Probelaparatomie entschieden werden. Große, selbst unbewegliche (entzündlich fixierte) Tumoren sind oft noch radikal operabel, während kleine, kaum röntgenologisch nachweisbare Tumoren schon Lebermetastasen aufweisen können. Die Operationsmortalität betrug 6.9% in jenen Fällen (129), bei denen das Ca noch auf den Magen beschränkt war oder höchstens auf das Mesokolon übergegriffen hatte. Das große Netz wurde stets vollständig mitentfernt. Unter den 81 Fällen mit gleichzeitiger Pankreas-, Leber-Kolonresektion usw. waren hingegen infolge von Wundkomplikationen 30 Todesfälle (= 37%), bei den 15 Palliativresektionen betrug die Mortalität 33%; die Gesamtmortalität somit 19.5%. Dieses günstige Resultat wird vor allem auf die Lokalanästhesie zurückgeführt (Schleichsche Infiltration, Splanchnikusanästhesie). Obwohl auch körperlich sehr heruntergekommene und zahlreiche über 60 Jahre alte Pat. operiert wurden, ist kein einziger im Anschluß an die Operation an Operationsschock oder Herzlähmung gestorben. Von den sechs Todesfällen an Pneumonie hatten drei auch Äthernarkose erhalten. Die Nachbehandlung hat vor allem auf ausgiebige Expektoration zu achten, die durch Inhalationen und bei älteren Leuten durch zweistündliche Injektionen von mindestens 2 cm^3 Ol. camphor. unterstützt wird. Thrombosen und Embolien sind durch sofort zu beginnende systematische Beinübungen zu verhüten.

Rezidivfrei seit drei Jahren sind von 154 Resektionen 26.6%; nach Abzug der Todesfälle nach der Operation und jener Fälle, von denen keine Nachricht zu erhalten war, sogar 40%. Darunter sind 77 Resektionen auch der Nachbarorgane mit der überraschend hohen Zahl von 22.7%, bzw. 34.7% Heilung. Günstige Prozentzahlen ergaben sich bei fünfjähriger Beobachtung. Von 124 Resektionen inklusive Operationstodesfällen sind nach 5 bis 13 Jahren noch 26 rezidivfrei (= 21, bzw. 31.3%). Die absolute Leistungsfähigkeit der Operation ist bei fünfjähriger Beobachtungsdauer

11.8%, denn von 219 Ca-Fällen, die 1910 bis 1919 operiert wurden, waren 26 durch 5 bis 13 Jahre rezidivfrei; bei dreijähriger Beobachtung 15.5% (41 von 264).

Bei besserer Aufklärung des Publikums und sorgfältigerer Frühdiagnose sind die Resultate noch weiter zu verbessern. In Zweifelsfällen ist von der an sich ungefährlichen diagnostischen Probelaparatomie ausgiebiger Gebrauch zu machen. Namentlich sind chronische Ulkusfälle zu operieren, wenn Pat. appetitlos wird, abmagert und die Hyperazidität geringer wird. Autor hat unter seinen Ulkusresektionen 24% histologisch nachgewiesene Ulkuskarzinome zu verzeichnen. (W. kl. W. Nr. 45/46, 1924.)

Zur Früh- und Differentialdiagnose der tbc. Spondylitis.

Von G. Raeschke (Lingen-Ems).

Wenn ein Kind zur gewöhnlichen Zeit nicht stehen und gehen will oder das Gehen verweigert, nachdem es schon gegangen ist, wenn es traurig, unruhig, lästig wird, am Spiel keine Freude findet, rasche Bewegungen meidet, schlecht ißt und schläft, so ist namentlich bei Heredität an Spondylitis tbc. zu denken. Lieblingssitz sind die unteren Brust- und oberen Lendenwirbel. Allmählich stellen sich dumpfe Rücken-, Brust- oder Bauchschmerzen ein, besonders beim Lachen, Niesen, Husten, bei Bewegungen, manchmal in Gürtelform, oder in die Beine, die Penisspitze oder Blase ausstrahlend. Sehr suspekt ist nächtliches Aufschreien im Schlafe. Objektiv findet man eventuell schon die erkrankte Wirbelsäule fixiert, eine steife Haltung und Gangstörung, einen vorspringenden Dornfortsatz. Streicht man mit einem heißen Schwamme oder der Anode über die Wirbelsäule, so wird an der kranken Stelle ein blitzartiger Schmerz ausgelöst. Die Wirbel dürfen nur vorsichtig palpiert oder perkutiert werden (Schallverkürzung!). Oft lokalisiert Pat. ziemlich genau die Schmerzen, wenn man ihn die Arme horizontal vorstrecken läßt. Dabei wird der Schwerpunkt des Körpers nach vorne verlegt und werden daher die vorderen Wirbelpartien, wo das Leiden gewöhnlich beginnt, stärker belastet. Im fünften bis sechsten Lebensjahre beginnt das Leiden oft mit raschem Ermüden der Beine, unbeholfenem Gang, Rückwärtsneigung des Kopfes und Verlegung des Körperschwerpunktes nach hinten, wie bei Graviden. Bei Adoleszenten sind hartnäckige Rückenschmerzen, die bei Ruhe schwinden, suspekt auf Tbc. Beim Erwachsenen entwickelt sich das Leiden noch langsamer, befällt meist einen Lendenwirbel und wird häufig mit Rheumatismus, Lumbago, Ischias, bei Wurzelsymptomen auch mit Tabes verwechselt. Senkungsabszesse in der Fossa iliaca können als Appendizitis, in der Leistengegend als Hernie imponieren. Das wichtigste Symptom ist auch hier die Versteifung infolge der Muskelkontraktion. Bei beginnender Lendenwirbeltbc. treten die Schmerzen nur beim Sitzen, nicht aber beim Stehen auf, weil beim Sitzen durch die Kyphose die Wirbel stärker belastet werden. Auch bei einseitig erhöhten Sehnenreflexen und bei Neuralgien soll stets die Wirbelsäule untersucht werden. Der Knochenprozeß kann schon weit vorgeschritten sein, ohne irgendwelche Symptome zu machen. Röntgenaufnahmen selbst von verschiedenen Richtungen können im Stiche lassen.

Differentialdiagnose: Beim chronischen Muskelrheumatismus findet man Muskelhärten (Schwielen); die Schmerzen sind mehr seitlich, von wechselnder Intensität und werden durch Beklopfen und Bewegungen der Wirbelsäule nicht verstärkt. Lumbago beginnt plötzlich und zeigt keinen umschriebenen Druckschmerz. Keine Fixation der Wirbelsäule zeigen ferner Interkostalneuralgien, Erkrankungen der Niere oder des

weiblichen Genitale, beginnende Skoliosen (Schmerzen auf der Höhe der Krümmung), die sogenannten Wachstumsschmerzen namentlich junger Mädchen (baldiges Sistieren bei Wirbelsäulengymnastik), die Schanzsche Wirbelsäuleninsuffizienz und die spinale Neuralgie (Brodie). Die manchmal schmerzhafte rachitische Kyphose ist bogenförmig und schwindet, wenn man den am Bauch liegenden Pat. an den Beinen hochhebt (ein tbc. Gibbus bleibt dabei unverändert). Eine habituelle Skoliose schwindet sofort in Horizontallage. Die rheumatische Arthritis der Halswirbelsäule beginnt gewöhnlich plötzlich unter Fieber, befällt meist nur eine Seite (Schiefstellung des Kopfes) und schmerzt in den seitlichen Gelenk-, nicht in den Dornfortsätzen. Beim chronischen Wirbelsäulenrheumatismus zeigt das Röntgenbild scharfe, keil- oder punktförmige Schatten an der vorderen Kante der Zwischenwirbelscheiben (im lig. anterius). Die Spondylitis typhosa entsteht stets erst nach Ablauf des Ty., gewöhnlich nach einem Trauma und kann zu vollständiger Versteifung auch röntgenologisch nicht beteiligter Partien und Gibbusbildung führen; häufig auch zu Skoliosen, Rippenosteochondritis, Muskelspannungen, mitunter auch der Bauchpresse. Auch bei anderen Infektionskrankheiten (Fleckfieber, Rekurrens usw.) kommt Spondylitis vor. Die osteomyelitische Spondylitis führt unter hohem Fieber zu raschem Kräfteverfall und zeigt kollaterales Ödem. Die luetische Spondylitis (meist Halswirbel) zeigt positive WaR, Nackensteifigkeit, eventuell Atem- und Schlingbeschwerden. Die Leukämie kann mit Schmerzen und Starre der Wirbelsäule beginnen (Spondylitis). Tumormetastasen (Ca, Sa in Form der multiplen Myelome) führen zu Paresen, Paralysen und wesentlich stärkeren Schmerzen (Neuralgien) als die Tbc. Bei der Spondylitis ankylopoetica findet sich eine langsam fortschreitende Versteifung der ganzen Wirbelsäule (Strümpell-Pierre Marie und Bechterew). (M. m. W. Nr. 43, 1924.)

Wann sollen tbc. Gelenkserkrankungen operiert werden?

Bei Kindern, nach M. Jerusalem (Wien), niemals; denn orthopädische Maßnahmen, Bestrahlungen, Heilstätten und Heliotherapie usw. liefern bessere Resultate. Bei Erwachsenen kann nur das Kniegelenk eine soziale Indikation zur Resektion abgeben, da durch die knöcherne Ankylosierung der Krankheitsprozeß um Monate, selbst Jahre abgekürzt werden kann und das Gehen ermöglicht bleibt. Sonst sei man möglichst konservativ; konsequente Ruhigstellung, Röntgen, Jodkuren, eventuell Punktionen und Injektionen führen schließlich oft genug zu befriedigenden Ergebnissen. Die Resektion des Hüftgelenkes ist lebensgefährlich, das funktionelle Resultat schlechter als bei spontaner Ankylosierung. Nach Resektion eines Schultergelenkes ist Pat. funktionell meist schlechter daran als vor der Operation. Die kleinen Gelenke (einschließlich Hand und Fuß) heilen überwiegend konservativ. Neben dem Kniegelenk kann höchstens noch die Resektion des Ellbogengelenkes in Betracht kommen. Bei vorgeschrittenen, sehr herabgekommenen Fällen, namentlich im höheren Alter kann als lebensrettender Eingriff die Amputation notwendig werden. Korrigierende orthopädische Operationen (Osteotomie, Keilexzision, Orthoplastik usw.) dürfen erst nach vollkommener Heilung vorgenommen werden.

Bei der Behandlung des kalten Abszesses ist die Inzision, oder gar die Drainage geradezu als ein Kunstfehler zu bezeichnen, da dadurch der Sekundärinfektion mit Eiterkokken Tür und Tor geöffnet wird. Hingegen sind sterile Punktionen und Injektionen (Jodoformglyzerin, hypertonische Na Cl-Lösung, Pregl-Lösung o. dgl.) zweckmäßig, namentlich in

Kombination mit der Röntgentherapie, die die bindegewebige Abkapselung des Abszesses unterstützt. Die Auskratzung ist unzweckmäßig, da dadurch der bindegewebige Schutzwall durchbrochen wird. Ebenso ist die Exstirpation des Abszesses samt seiner Kapsel abzulehnen. (Wiener Seminarabend, Oktober 1924. Ref. W. kl. W. Nr. 45, 1924.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Abort, künstlicher — Gynergen.

Nach H. Schimmel ist das Gynergen (= weinsaures Ergotamin) zur Beendigung drohender Aborte geeignet. In zwei Fällen gelang sogar die Unterbrechung intakter Schwangerschaft im dritten und vierten Monat. Am Schwangerschaftsende ist das Mittel für das Kind gefährlich. Besonders wertvoll ist es bei Atonia uteri post partum und mangelhafter Involution im Wochenbett. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 66, H. 2 und 3.)

Zur Behandlung der Bartholinitis gonorrhoica

wurde kürzlich Röntgenbestrahlung empfohlen. Prof. Hübner (Elberfeld) erinnert bei dieser Gelegenheit an seine vor Jahresfrist empfohlene Eigenblutumspritzung der Bartholinitis, die einfacher, billiger, viel rascher wirkend und vor allem sicherer ist als die Röntgenbehandlung. Während bei der Röntgenbehandlung noch nach 30 Tagen Gonokokken im Sekret der Bartholinischen Drüsen gefunden werden, genügen ein bis zwei Eigenblutumspritzungen zur vollen Gonokokkenabtötung, nur in ganz vereinzelten Fällen waren drei Injektionen notwendig. Die Eigenblutumspritzung der gonorrhoischen Bartholinitis gehört zu den wenigen Maßnahmen in der gesamten Medizin, die eine 100%ige Erfolgssicherheit bieten; das ist ein unschätzbarer Vorteil, wenn man bedenkt, wie oft die Gonorrhoe durch Bartholinitis weiterverbreitet wird.

Technik: Reiche Erfahrung der letzten beiden Jahre hat gezeigt, daß die in der ersten Publikation („Ars Medici" 1924, S. 111) angegebene Technik keiner Änderung bedarf: Wenn durch eine Hilfskraft die Hautpartie um die erkrankte Drüse mit zwei Stäbchen fixiert und angespannt wird, gelingt es leicht, je ½ cm ober- und unterhalb des Ausführungsganges der Drüse je 2 bis 3 cm^3 Venenblut, das der Patientin kurz vorher aus der Kubitalvene entnommen wurde, subkutan zu injizieren. Man sticht die Kanüle senkrecht ein, wendet sie dann gegen die Drüse, bis man diese mit der Spitze fühlt, und entleert dann die genannte Blutmenge. Zur Verhütung der Gerinnung des Blutes in der Spritze kann man in die letztere vor dem Ansaugen des Venenblutes 1 bis 2 cm^3 2%iger Natrium-citricum-Lösung aufziehen. Bei sehr ängstlichen Kranken kann man die Schleimhaut vor der Blutinjektion kokainisieren. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 2, 1925.)

Diabetes und Schwangerschaft

finden sich relativ selten vereint. Nach Seitz konzipieren nur etwa 5% der diabetischen Frauen. Zunächst ist der Diabetes bei Frauen im zeugungsfähigen Alter überhaupt nicht häufig; ferner führt der jugendliche Diabetes schnell zum Tode, endlich führt die Zuckerkrankheit häufig zu Amenorrhoe, Dysmenorrhoe und vorzeitigem Klimakterium. Springer (II. Universitäts-Frauenklinik Wien) bringt eine Bearbeitung dieses Themas unter fleißiger Benützung der großen Literatur und an der Hand zweier eigener Fälle. Es stellt sich heraus, daß in einem großen Teil d

Schwangerschaften bei Diabetikerinnen Abortus oder Frühgeburt eintritt, daß aber bei ausgetragener Gravidität auffallend häufig Riesenkinder geboren werden. Man kann dafür folgende Erklärung annehmen: Wenn der Fötus ein gut funktionierendes Pankreas besitzt, so führt die Verwertung des reichen Blutzuckergehaltes der Mutter zu einem starken Wachstum der Frucht; ist aber das Kind ebenfalls mit einem mangelhaft sezernierenden Pankreas behaftet, so ist der hohe Blutzuckerspiegel der Mutter ihm eher schädlich und es kommt zum Absterben des Kindes. Im ersteren Falle müßte der Diabetes der Mutter während der Gravidität gebessert, im letzteren verschlimmert werden. Der Nachweis für diese Einwirkungen ist allerdings bisher nicht erbracht. Doch sind Beobachtungen bekannt, daß der Diabetes der Mutter während der Gravidität latent war und nach der Geburt zu schnellem Koma und Tode führte. Der Praktiker soll jedenfalls bei übergroßer Frucht an die Möglichkeit eines Diabetes der Mutter denken und auch bei negativem Harnbefunde die Beobachtung im Wochenbette fortsetzen, wo der Diabetes dann manifest werden kann. Anderseits ist bei feststehendem Diabetes der Mutter die Möglichkeit der Entwicklung eines Riesenkindes in Erwägung zu ziehen, die Frucht zu beobachten und eventuell rechtzeitig die Frühgeburt einzuleiten. Wenn solche Frühgeburt auch dem Kinde erfahrungsgemäß nur geringe Chancen gibt, wird doch der Geburtsverlauf für die Mutter ein leichterer und die Prognose für das am normalen Schwangerschaftsende geborene Riesenkind ist wegen der langen Geburtsdauer ohnehin infaust, und zu einer Sectio caesarea wird man sich ja bei einer Diabetikerin kaum entschließen. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 48, 1924.)

Hyperemesis gravidarum — Natr. bicarb. venös.

Wilson konnte 35 von 36 Fällen schweren Schwangerschaftserbrechens durch einmalige venöse Injektion von 350 cm³ einer 3%igen Natr. bicarbon.-Lösung heilen, bzw. entscheidend bessern. (South. med. journ., Birmingham, Nr. 17, 1924.)

Von der Prochownikschen Diät bei engem Becken

sah F. Eberhart (Baden-Baden) wiederholt Erfolge (kleine Früchte, leichte Geburten), jedenfalls niemals irgendwelchen Schaden. Morgens eine kleine Tasse Kaffee oder Tee mit 25 g Zwieback, mittags alle Sorten Fleisch, Fisch und Ei, wenig Sauce, etwas grünes Gemüse (fett zubereitet), Salat, Käse, abends ebenso unter Zugabe von 40 bis 50 g Brot und Butter nach Belieben. Verboten sind Wasser, Suppe, Kartoffeln, Mehlspeisen, Zucker, Birnen. Als Getränk täglich 300 bis 400 g Äpfel- oder Moselwein. (M. Kl. Nr. 39, 1924.)

Hochgradige Vulvaödeme

in der Schwangerschaft werden nicht so selten beobachtet. Sie bilden faustgroße und größere Tumoren und neigen zum spontanen Platzen. An die Berstung schließen sich leicht lokale Nekrosen ohne Heilungstendenz, von denen dann eine Streptokokkenpuerperalsepsis ausgehen kann. Die Punktion oder lokale Inzision des hochgradigen Vulvaödems hat sich nicht bewährt, da sie die Infektionsgefahr nicht verringert. Bettruhe pflegt erfahrungsgemäß das Vulvaödem auch nicht zu beseitigen. Hoehne (Universitäts-Frauenklinik Greifswald) empfiehlt nach Erprobung an zwei Fällen folgendes erfolgreiche Verfahren: Er führt oberhalb der Symphyse, etwa in der Gegend bis zum äußeren Leistenring, einen queren, 6 cm langen Entspannungsschnitt durch Haut und subkutanes Fettgewebe. Die aus der Wunde sofort ausströmende Ödem-

flüssigkeit wird ausgetupft und sickert gleich wieder nach; mit vorsichtigem, erst allmählich gesteigertem Druck wird das Ödem der ganzen Vulva in etwa einer halben Stunde durch die Hautwunde entleert. Sorgfältige Naht bis auf ein minimales Gummidrain, das noch zwei bis drei Tage liegen bleibt. Das geschwundene Ödem kehrt nicht wieder, und der Hautschnitt heilt an dieser Stelle glatt und reaktionslos. Bei weit vorgeschrittener Schwangerschaft und sicher schon lebensfähigem Kinde wird man, besonders wenn zugleich Nierenschädigung oder Status praeeclampticus anzunehmen ist, bei Vulvaödem mit dem konservativen extraperitonealen und zervikalen Kaiserschnitt am schnellsten Hilfe bringen und weitere Komplikationen verhüten. (D. m. W. Nr. 2, 1925.)

Pädiatrie.

Chronische Durchfälle bei Kindern

sind nach Prof. K. Blühdorn und K. Vöckers (Universitäts-Kinderklinik, Göttingen) meist nervöser Natur. Die Kinder sind ganz gut genährt, aber häufig mit Milch und Zucker überfüttert. Milieuwechsel und entsprechende gemischte Kost führen bald zur Heilung. Speisezettel: 1. Frühstück: einen Becher Milch mit Kaffee, Zwieback oder Weißbrot mit Butter. 2. Frühstück: Brot mit Mettwurst oder Quark (Obst). Mittags: Brühsuppe mit Grieß, Reis, Kartoffeln o. dgl. Etwas feingewiegtes Fleisch mit Kartoffelbrei, feinpüriertes Gemüse. Nachmittags: Wie 1. Frühstück. (Kann entfallen.) Abends: Suppe wie mittags, Weißbrot mit Wurst oder Quark oder statt dessen Grieß- oder Mondaminbrei (mit etwas Fruchtsaft). Eine Tasse Eichelkakao. — Milchmenge für diesen Speisezettel höchstens ½ l, Zucker sehr sparsam.

In schwereren Fällen. sowie bei chronischer Ruhr (blutig-schleimige Beimengungen im Stuhl) bewährt sich ausgezeichnet die Quarksuppe: In 1 l Haferschleim werden 100 bis 150 g frischen Quarks verrührt und 10 bis 20 g Plasmon zugesetzt. Quark ist der auf dem Haarsieb bleibende Rückstand, wenn man saure Vollmilch durchseiht. Der Quark wird mit kaltem Wasser ausgewaschen. und durch ein Sieb gequetscht und dann zur Suppe verwendet. Nach einer schweren Durchfallperiode läßt man zunächst anstelle einer Mahlzeit Tee geben und gibt dann durch einige Tage viermal 150 bis 200 g Quarksuppe, mittags 150 bis 200 g Schleim mit Fleisch- oder Gemüsebrühe und 5 g Plasmon. Bald Zulagen von Grießbrühe, feingewiegtem Fleisch, passiertem Gemüse, Kartoffelbrei, Zwieback. Keineswegs hungern lassen! Medikamentös Tierkohle, ein bis zwei Teelöffel in Wasser verrührt, dreimal täglich oder Tanninpräparate.

Die schwerste Form ist der von Herter beschriebene intestinale Infantilismus. Diese Bezeichnung ist aber abzulehnen, da es sich nicht um ein Zurückbleiben der Entwicklung des Darmes auf der Stufe des Säuglingsdarmes handelt, sondern um eine schwere, von einer Gärungsdyspepsie begleitete Verdauungsinsuffizienz (Heubner), die zu einer schweren Stoffwechselstörung führt. Schick und Wagner fanden bei der Obduktion von zwei Fällen hochgradige Atrophie der Schilddrüse, des Pankreas und der Nebennieren („Atrophia polyglandularis digestiva"). Die Krankheit beginnt meist im zweiten Lebensjahre zunächst mit Mattigkeit, Verdrießlichkeit, Appetitmangel; dann treten voluminöse, graue, stark gärende, manchmal aber auch ruhrartige Stühle auf, die mit Perioden guter Stühle abwechseln. Dem entsprechen enorme Gewichtsschwankungen (Gewichtsstürze), wie man sie bei keiner anderen Krank-

heit sieht. Besonders auffallend ist der aufgetriebene, stark meteoristische Leib, in dem man Plätschergeräusche nachweisen kann, die von der im Darm angesammelten Flüssigkeit herrühren (Pseudoaszites). Das Leiden ist nicht sehr selten, wird aber meistens verkannt, namentlich mit Bauchfelltbc. verwechselt! Die Prognose ist bei sachgemäßer Therapie nicht ungünstig. Unbedingt zu meiden sind auch hier Hungerkuren mit Teetagen, Schleim- und Mehlsuppen u. dgl. Auch Milch ist wenig geeignet, eher Buttermilch. Am besten ist dagegen die oben angegebene Quark-Schleim-Diät mit baldigen Zulagen von Grießbrühe, feingewiegtem Fleisch, Zwieback. Wenn möglich Frauenmilch (auch bei älteren Kindern) mit milchloser Beikost. Allmählich Übergang zur gemischten Kost. Reyher empfiehlt Vitamin B in Form von Hefe (Hevitan). Auch Pankreon kann versucht werden. (Beiheft zur M. Kl. 1924. Verl. Urban & Schwarzenberg.)

Die Keuchhusteneklampsie

entsteht, wie Neubürger (München) nachweist, nicht durch Toxinwirkung auf das Gehirn, sondern durch Luftembolie in kleinen Gehirngefäßen. Bei Keuchhustenanfällen wird zeitweilig der Intrapulmonaldruck mächtig gesteigert, es kommt zur Zerreißung zarter Lungenkapillaren und zum Übertritt geringer, nicht unmittelbar tödlicher Luftmengen in die Lungenvenen, die dann dem großen Kreislauf und dem Zentralorgan zugeführt werden und hier durch Verlegung von Gefäßen zu ischämischen Prozessen und klinisch zu Krämpfen Anlaß geben. Der Obduktionsbefund von an Pertussiseklampsie zugrundegegangenen Kindern entspricht dem von an Luftembolie Verstorbenen. (Klin. Wschr. Nr. 3, 1925.)

Die Behandlung der Krämpfe im Kindesalter

besprechen Prof. L. F. Meyer und E. Nassau (Berlin). Symptomatisch: Urethan rektal 0.5 bis 1.0 pro dosi für den Säugling, 1 bis 2 g für das Kleinkind und 2 bis 3 g für das Schulkind. Die Wirkung tritt in 15 bis 20 Minuten ein. Obige Dosen können eventuell drei- bis viermal pro die gegeben werden.

Chloralhydrat rektal 0.25 bis 0.5 für den Säugling, 0.5 bis 1.0 für das Kleinkind, 1 bis 2 g für das Schulkind. Bei Neigung zu Kollaps ist Chl. abzuraten. Die rektale Zufuhr ist bei Krämpfen unbedingt geboten und auch sonst wegen der geringeren Nebenwirkungen vorzuziehen. Beide Mittel können in bedrohlichen Fällen auch kombiniert in obigen Dosen gegeben werden.

Das Medikament wird in ein bis drei Eßlöffeln körperwarmer Schleimabkochung aufgelöst, mittels kleiner Hartgummispritze (kein Gummiballon) in den After eingespritzt und dieser durch Andrücken des Dammes an die hintere Rektalwand für sieben bis zehn Minuten geschlossen.

Als drittes Mittel kommt Luminal bei häufigen und leichteren Krämpfen in Betracht: 0.05 für den Säugling, 0.1 für ältere Kinder. Vom wasserlöslichen Luminalnatrium injiziert man 0.1 (= 1 cm³ einer 10%igen Lösung) subkutan.

Die Wirkung des Narkotikums wird durch protrahierte laue Bäder oder vorsichtige Ganz- oder Teilpackungen beschleunigt und verlängert. Beeinträchtigt der Krampf die Atmung, so bewähren sich kurze Wechselduschen (abwechselnd kalt und warm) der Nackengegend, eventuell auch Lobelin 0.003 pro dosi subkutan.

Schließlich kann ein schwerer Krampf durch eine ausgiebige Lumbalpunktion oft prompt beseitigt werden, die gleichzeitig diagnostisch verwertbar ist. Diesbezüglich genügen die Eiweißprobe (Koch-

probe), die Pandysche Reaktion (Auffangen eines Tropfen frischen Liquors in 7% Karbolsäure: Trübung bedeutet Eiweißvermehrung), die Trommersche Probe (negativer Ausfall spricht für Zellvermehrung) und die Bestimmung des Liquordruckes. Ein Teil des Liquors bleibt 24 Stunden stehen; ein feines Fibringerinsel nach dieser Zeit spricht mit großer Wahrscheinlichkeit für tbc. Meningitis.

Ätiologisches. Am häufigsten sind die initialen Krämpfe meist nur am ersten Tage einer akut-fieberhaften Infektionskrankheit (Persistieren der Krämpfe im weiteren Verlauf spricht vor allem für Meningitis). Kindern, die erfahrungsgemäß auf jeden Temperaturanstieg mit Krämpfen reagieren, gibt man prophylaktisch 0.5 bis 1.0 Urethan oder 0.06 bis 1.0 Luminal oder Rp. Calc. bromat. 5.0, Aq. ad 100.0, drei- bis vierstündlich einen Tee- bis Kinderlöffel. Die infektiös bedingte Krampfbereitschaft verrät sich oft in Form der sogenannten Stäubchen. Man bezeichnet damit leichte motorische Reizerscheinungen, wie Zucken der Lider, einige unkoordinierte Augenbewegungen, unmotiviertes Zukneifen oder Aufreißen der Augen, leichtes Stirnrunzeln, vorübergehendes Zucken oder Zittern in einzelnen Muskelgruppen der Extremitäten beim Berühren oder Aufdecken des Kindes usw.

Bei der Meningitis epidemica sind vor allem neben reichlichen Gaben von Narkotika häufige, womöglich tägliche Lumbalpunktionen angezeigt. Ihre Kombination mit der technisch nicht schwierigen Ventrikelpunktion ist zu empfehlen, da gerade das Ventrikelependym am frühesten und schwersten beteiligt ist. An die Punktionen wird die Injektion von Meningokokkenserum angeschlossen. Prognostisch viel ungünstiger sind die Pneumokokken- und die Tbc.-Meningitis.

Sehr selten ist der Tetanus neonatorum als Folge einer Nabelinfektion. Prophylaktisch injiziert man 200 bis 300 I. E. subkutan oder lumbal; therapeutisch wiederholt, gleichzeitig Magn. sulfur. 0.2 pro Kilogramm Körpergewicht in 20 bis 25%iger Lösung subkutan, bei Inanitionsgefahr (Trismen) Ernährung durch Nasensonde.

Krämpfe bei Keuchhusten sind häufig durch Meningitis serosa bedingt. Therapie: Lumbalpunktionen; ein- bis dreimal täglich ein bis drei Tropfen einer 2%igen Pantoponlösung. Hinzutretende Mono- und Diplegien können das Bild noch bedrohlicher machen.

Erblues. Nicht selten Beginn mit gehäuften Krämpfen unter lebhaftem Aufschreien und schmerzhaftem Weinen. Sonstige Symptome können noch fehlen.

Die Pneumonie, namentlich des Oberlappens, verursacht bei Kindern häufig Krämpfe. Nasenflügelatmen, Dyspnoe, Zyanose und Nachschleppen einer Seite beim Atmen führen auf die richtige Diagnose. Perkussion und Auskultation oft negativ.

Ferner muß bei jedem längerdauernden, fieberhaften Krampfzustand im frühen Kindesalter an Pyelonephritis (Pyurie!) gedacht werden.

In Säuglingsheimen wurden schwere Krämpfe infolge von Vergiftung mit Stempelfarbe aus frisch gezeichneten und noch nicht durchgewaschenen Windeln beobachtet (Hautresorption).

Die Krämpfe bei akuten Ernährungsstörungen (Durchfall, Erbrechen, Gewichtssturz, Austrocknung, Fieber usw.) erfordern vorübergehend (12 bis 24 Stunden — Ref.) ausschließlich reichlich Teediät mit Saccharin und dann vorsichtigen Wiederaufbau der Kost.

Überhitzung im Sommer kann zu Fieber, Bewußtlosigkeit und Krämpfen führen. Therapie: Reichlich Flüssigkeitszufuhr (eventuell 150 bis 200 cm³ Wasser durch Magenschlauch), daneben vorsichtige kühle Bäder.

Die Kindertetanie bei künstlicher Ernährung ist vorwiegend durch die Kuhmilchmolke bedingt. Die Krämpfe schwinden rasch, wenn man die Kuhmilch fortläßt; Brustkinder bleiben verschont. Älteren Säuglingen gibt man an Stelle der Kuhmilch gemischte Kost (Gemüse, Obst, Käse, Fleisch usw.) und als Getränk einen Schleim mit 2% Eiweißpulver (Plasmon, Lactana, Larosan). Jüngere Säuglinge, für die Frauenmilch nicht zu beschaffen ist, ernährt man mit einer molkenarmen Milchmischung (Czerny-Kleinschmidtsche Buttermehlnahrung, Kellersche Malzsuppe o. dgl.). Medikamentös dient die Säuretherapie (Salmiak) zur Anreicherung des alkalischen Stoffwechsels mit sauren Valenzen: Rp. Ammon. chlorat. pur. pr. analys. 5.0 bis 7.0. S. Als 10%ige Lösung in einem Brei zu nehmen. Ebenso ist Salzsäuremilch von sofortiger Wirkung. Bei schweren Krämpfen (Bronchotetanie usw.) injiziert man 0.2 g pro Kilogramm Körpergewicht Magn. sulfur. in 25%iger Lösung muskulär. Da die Injektion schmerzhaft ist, gibt man 20 Minuten vorher 0.5 Chloralhydrat oder 1.0 Urethan rektal. — Gleichzeitig verordnet man Calcium, und zwar nach Göppert-Blühdorn: Rp. Calc. chlorat. sicc. 15.0:150.0, Liq. ammon. anis. 2.0, Gummi arab. 2.0, Syrup. simpl. ad 200.0. M. D. S. Fünf- bis siebenmal täglich einen Kinderlöffel. Oder nach L. F. Mayer: Rp. Calc. bromat. 10.0:100.0. S. Drei- bis viermal täglich einen Kinderlöffel. — Alle diese Maßnahmen wirken aber nur vorübergehend. Endgültige Heilung erzielt man allmählich durch Lebertran (eventuell mit P oder einem Kalksalz), 10 bis 20 g täglich für den Säugling, und rascher durch allgemeine Quarzbestrahlungen. Die Krampfbereitschaft schwindet schon nach vier- bis fünftäglichen Bestrahlungen, doch geht hiebei eine negative Phase mit erhöhter Erregbarkeit voraus, die zu schwerer Verschlimmerung führen kann. Man muß daher gleichzeitig mit den ersten vier bis fünf Bestrahlungen eines der obigen Sedativa (Salmiak usw.) verordnen. Dann tritt ohne Medikamente und Diät meist nach 10 bis 15 Bestrahlungen Heilung ein.

Epilepsie: Am sichersten wirkt Luminal in individuell sehr verschiedener Dosierung. Durch langsame Steigerung erreicht man die Dosis, bei der eben die Anfälle ausbleiben. Diese kleinste, eben ausreichende Menge muß monate-, eventuell jahrelang gegeben werden. Doch kann man nach einiger Zeit versuchen, die Dosis zu reduzieren. Auch die Kombination mit Brom kann versucht werden. Günstig wirkt auch Koffein: durch drei bis vier Monate täglich 3 bis 15 Tropfen einer 20%igen Lösung (Stargardter, Karge „Ars Medici" 1925, S. 22); bei einem Teil der Kinder sollen dann die Krämpfe sogar völlig aufhören. Bei gehäuften Anfällen (Status epilepticus) kann nach amerikanischen Autoren die Hungertherapie von Nutzen sein.

Krämpfe infolge von Geburtstraumen des Gehirnes in den ersten Lebensmonaten sind von ernster Prognose für die spätere geistige Entwicklung, auch wenn sie rasch vorübergingen. Solche Traumen sind oft sehr geringfügig und werden auch bei leichten Spontangeburten (Frühgeburten) beobachtet. Bei jedem Krampfanfall ist die Lumbalpunktion angezeigt; bluthaltiger Liquor sichert auch die Diagnose einer Hirnblutung. Nicht selten ist eine leichte Dauernarkose Wochen hindurch mittels Luminal erforderlich.

Gegen Krämpfe infolge von asphyktischen Zuständen (Frühgeburten, Pseudokrupp, Diphtherie, Keuchhusten usw.) bewähren sich Lobelin subkutan (0.003 bis 0.01 g, ein- bis zweimal täglich) und O_2-Inhalationen.

Respiratorische Affektkrämpfe bei Zornausbrüchen (Atemstillstand, Zyanose, Sich-Hinwerfen, stoßende Bewegungen mit Beinen und

Armen) können dem Unkundigen bedrohlich erscheinen. Nach kurzer Zeit schwinden die Symptome unter Gebrüll. Therapie: Nichtbeachten, eventuell strenge erzieherische Maßnahmen. (Die Ther. d. Gegenw. Nr. 11 bis 12, 1924.)

Vollernährung bei Ruhr im Kindesalter.

Nach L. Mendel ist statt der üblichen Schonungsdiät bei Ruhr im Kindesalter eine geeignete Vollernährung zu empfehlen. Am besten paßt die Morosche Buttermehlvollmilch, die gern genommen wird und nur ein kleines Volumen der einzelnen Mahlzeiten erfordert: tägliche Menge im Säuglingsalter 400 bis 500 g, jenseits des Säuglingsalters 500 bis 700 g. Theoretische Bedenken gegen Eignung des Fettes bei Ruhr werden durch die praktischen Erfolge widerlegt. Die Buttermehlvollmilch wirkt antidyspeptisch, vielleicht auf dem Umwege über die Hebung des Allgemeinbefindens. Schleimige und blutige Beimengungen zum Stuhl bleiben oft noch eine Zeit lang bestehen. Während der heißen Jahreszeit ist allerdings in der Anwendung der Moroschen Buttermehlvollmilch größte Vorsicht geboten. (Monatsschr. f. Kinderh. Bd. 28, H. 5, 1924.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Argochrom zur Varizenverödung

nach Linser wird von Schoenhof (Deutsche Dermatologische Klinik, Prag) empfohlen, da es völlig ungiftig ist und die Venen ebenso festhaftend thrombosiert wie das Sublimat, nach dessen Anwendung wiederholt Stomatitis, Albuminurie und Durchfälle beobachtet wurden. Paravenös verursacht das Argochrom zwar gleichfalls schmerzhafte Infiltrate, niemals aber Nekrosen. Man injiziert am besten am stehenden Pat., oder im Liegen am herabhängenden Bein, da hiebei die Venen am stärksten gefüllt sind, 2 bis 10 cm³ einer 1%igen Argochromlösung (Merck), so daß die Vene prall gefüllt ist. Je 3 bis 5 cm ober- und unterhalb der Einstichstelle wird vorher die Vene komprimiert und die distale Kompression erst drei Minuten, die proximale vier Minuten nach der Injektion aufgehoben. Nach der Injektion Nadel noch zwei bis drei Minuten in der Vene lassen, dann rasch herausziehen und Einstichstelle komprimieren. Das Verfahren hat sich bei 50 Pat. (300 Injektionen) bewährt. Eventuelle Ulzera heilen nach Verödung der Venen rasch ab. (M. Kl. Nr. 51, 1924.)

Erysipeloid ist Schweinerotlauf.

Zu dieser Auffassung sind in den letzten Jahren mehrere Forscher gekommen (siehe „Ars Medici" 1924, S. 444). Auch Pick (Dermatologische Klinik, Prag) schließt sich diesem Urteil an. Fast immer läßt sich die Berührung mit Schweinefleisch nachweisen, wie bei Tierärzten, Landbevölkerung, in der Küche beschäftigten Frauen. Bei 22 Fällen des Verfassers war (oft nach Versagen von Jod und Ichthyol) die Therapie mit dem Schweinerotlauf-Immunserum prompt wirksam. Meist genügte eine subkutane Injektion von 10 cm³, um in zwei bis drei Tagen Heilung zu bringen, nur in drei Fällen wurden nach drei Tagen noch 5 cm³ injiziert. (Derm. Wschr. Nr. 51, 1924.)

Zu diesem Thema schreibt uns Herr Dr. med. Gustav Günther, Professor an der Tierärztlichen Hochschule in Wien: „Erfreulicherweise bricht sich von Jahr zu Jahr immer mehr die Erkenntnis Bahn, daß beide Krankheiten durch denselben Erreger, den Bacillus erysipelatis suis (Rotlaufstäbchen) bedingt sind; daß aber das Erysipeloid infolge seiner Ätio-

logie am besten durch Injektionen mit Schweinerotlaufserum behandelt wird, wie ich als Erster bereits im Jahre 1912 zeigen konnte (Wiener Klinische Wochenschrift 1912), scheint noch immer nicht Gemeingut der Ärztewelt zu sein, weil immer wieder andere Behandlungsarten (Quarzlicht, Jodtinktur usw.) empfohlen werden. E. v. Redwitz (Münchner Medizinische Wochenschrift 1924, Seite 438), dem scheinbar meine alte Publikation entgangen ist, redet gleichfalls der Seruminjektion das Wort, nur ist seine vorgeschlagene Dosis von 10 cm^3 nach meiner langjährigen Erfahrung manchmal zu klein. Gewiß kommt es auch bei dieser Dosis ‚in den meisten Fällen zu einem schlagartigen Verschwinden der Symptome bereits nach 24 Stunden‘. Wenn aber die Affektion schon längere Zeit besteht und erfolglos behandelt wurde, sind unbedingt größere Serummengen notwendig. Ich rate wenigstens 15 cm^3 Schweinerotlaufserum, und zwar Heilserum zu injizieren (zu beziehen von der Staatlichen Impfstoffgewinnungsanstalt in Mödling oder vom Alpenländischen Impfstoffwerk in Graz) und falls nicht in ein bis zwei Tagen alle Symptome verschwunden sind, diese Dosis ungescheut nochmals zu injizieren. Das Auftreten von Serumkrankheit habe auch ich oft, zumeist in Form von Urticaria, an meinem Krankenmateriale gesehen, das zum Teil aus hartnäckigen, den anderen Behandlungsarten trotzenden Fällen bestand, die mir von verschiedenen Kollegen zugeschickt wurden, zum Teil manchmal recht schwere Infektionen durch „Impfrotlauf“ bei Tierärzten und Laboranten betraf. Sonstige üble Folgen waren niemals zu verzeichnen. Die Serumbehandlung ist auch aus dem Grunde vorzuziehen, weil man dadurch möglicherweise einer Rotlauf-Endokarditis vorbeugen kann, die, wie ich ebenfalls bereits vor zwölf Jahren zeigen konnte, mit großer Wahrscheinlichkeit auch beim Menschen auftreten kann. Es wäre sehr erwünscht, dieser Möglichkeit eine größere Beachtung zu schenken, weil wegen dieser Gefahr das Fingererysipeloid keineswegs so harmlos ist, wie es auch heute noch gewöhnlich hingestellt wird. Bei Schweinen ist die Endokarditis eine häufige Nachkrankheit des Stäbchenrotlaufes, der die Tiere fast immer erliegen.“

Juckstillende Mittel.

Von den internen Mitteln empfiehlt F. Winkler (Wien) unter den Bromiden das Bromoform (zwei- bis dreimal täglich 0.5 in Kapseln) und das Bromipin. Von Baldrianpräparaten das ätherische Oleum valerianae, fünf Tropfen mehrmals täglich; oder, für die Nacht, abends einen starken Baldriantee (15 bis 20 g der Wurzel für eine Tasse) oder das Valerianadialysat (abends 30 Tropfen). Auch Chloralhydrat, namentlich Butylchloralhydrat, sowie Akonitinpillen wirken oft erlösend, wenigstens für die Nacht. Karbolpillen, Opium- und Morphiumpräparate sind nicht zu empfehlen. Ein hervorragendes Mittel ist das Methylenblau (drei- bis viermal täglich 0.2 mit der gleichen Menge Muskatnußpulver in Kapseln), zweckmäßig kombiniert mit Ammonium carbonicum (5.0 pro die in 200.0 einer 5%igen Lösung von Liquor. ammonii anisati) oder Ichthyolkalzium (sechs bis zehn Tabletten täglich). Arsen wirkt nur beim juckenden Lichen ruber planus. Ohne Wirkung sind Atropin und Calcium (Afenil venös); empfehlenswert hingegen Pilocarpin subkutan (0.01) und Traubenzucker venös (2 cm^3 einer 50%igen Lösung, eventuell kombiniert mit anderen Methoden). Auch die Tinctura gelsemii (mehrmals täglich 10 bis 15 Tropfen) ist manchmal nützlich. Ebenso sind die Einatmung von Amylnitrit, Injektion von Ringerlösung, von Novoprotin, von Proteinkörpern (Aolan, Kaseosan, Aktoprotin, Menschen- oder Pferdeserum, Eigenblut,

Bakterienpräparaten, Tuberkulin, Gelatine, Mirion), Nitroglyzerintabletten per os versuchenswert.

Von äußeren Mitteln kommen in Betracht: Hitze in jeder Form (heiß bügeln der juckenden Stellen über Flanellagen, Föhn, Heißluft, heiße Waschungen, Umschläge und Vollbäder), luftabschließende Verbände mit Ichthyolfirnis, Röntgen, Lichttherapie; Elektrizität (Büschelentladung, Leducscher intermittierender Strom); als Badezusätze Schwefel (einen Eßlöffel Sol. Vlemingx pro Vollbad), Teer (einen Eßlöffel Ol. rusci mit Seifenspiritus und alkalischem Glyzerin), Eichenrinde (1 kg in 3 l Wasser gekocht), gerbsaures Eisenoxydul oder Schwefelleber; Waschungen mit Essig oder sehr verdünnter Salpetersäure, Abreibungen mit Zitronensaft (namentlich bei Pruritus senilis), mit Salizyl-, Menthol- oder Sublimatspiritus, 5%iger Mentholsalbe, Monochlorbenzol (in 1- bis 5%iger alkoholischer Lösung), Di- oder Trichloräthylen (unverdünnt mit 10% Anästhesin oder Cycloform). Wird Alkohol nicht vertragen, so verwende man nach Unna eine 5%ige Lösung von Monochlorbenzol in Ol. rapae mit Zusatz von 2½% kohlensaurer Magnesia. Lokales Jucken kann auch durch 2% Karbolwasser intrakutan beseitigt werden. Bei allen Juckformen ohne Entzündung bewährt sich Amylnitrit in Form von Einreibungen und Watteumschlägen oder als 10%ige Salbe oder Rp. Amyl. nitros., Cycloform ana 1.0, Ichthyol 10.0. Auch das Bromocoll (10% Salbe), das Bromipin (in Mischung mit Rizinusöl einzureiben) und das Heliobrom (in 10%iger alkoholischer Lösung) sind zu loben. Ebenso, namentlich bei chronischem juckenden Ekzem, die Kühlsalben, z. B. nach Unna Aufstreichen von Zinkpasta, darüber Mullbinden, die ständig mit essigsaurer Tonerde befeuchtet werden; oder Rp. Ichthargani 20.0, Liq. alum. acet. 40.0, Misce et adde Eucerini 40.0; oder Rp. Suprarenin 5.0, Eucerin. anhydr., Aq. dest. ana 50.0. Ferner Trockenpinselungen mit Zusatz von 0.05% Cignolin (gelöst in Benzol oder Trichloräthylen); manchmal erleichtern auch Kälteapplikationen (Chloräthylspray usw.).

Manchmal sind schließlich erfolgreich: Diätbehandlung, Psychoterapie („Onanisme pruritique"), Hypnose, Wachsuggestion, Lumbalpunktionen. Selbstverständlich dürfen ätiologische Momente (Magen-, Darmleiden, Obstipation, Diabetes, Gicht, Eingeweidewürmer, Blutkrankheiten usw.) nicht übersehen werden. (W. m. W. Nr. 52, 1924.)

Lupus — Pyotropin.

An der Universitäts-Hautklinik in Freiburg i. Br. besteht die Lupustherapie nach W. Albert in der von Rost angegebenen systematischen Strahlenbehandlung. Neben Allgemeinbestrahlungen mit Höhensonne und reichlicher Fettzufuhr erfolgen zunächst in sechs- bis achtwöchentlichen (später in längeren) Intervallen Röntgenbestrahlungen, unterstützt durch öftere örtliche Bestrahlungen mit ultraviolettem Licht. Die Ergebnisse dieser Therapie sind gute, doch setzen Herde an den Randpartien und Rezidive der Strahlenbehandlung oft hartnäckigen Widerstand entgegen. Für diese Randpartien und für veraltete Fälle hat sich die Behandlung mit dem neuen Mittel „Pyotropin" (Lupusan G. m. b. H. in Hamburg-Altona; vgl. „Ars Medici" 1924, S. 331) sehr bewährt. Das Mittel besteht aus zwei Flüssigkeiten und einer Salbe. Mittels Wattestäbchens wird die erkrankte Partie (nach Entfernung von Krusten und Borken) energisch mit der Flüssigkeit I eingerieben, gleich darauf mit der Flüssigkeit II, bis die Stelle tiefschwarz erscheint. Dann wird der Herd mit einem mit Pyotropinsalbe bestrichenen Leinenläppchen bedeckt und durch einen Heftpflasterverband sorgfältig luftdicht abgeschlossen. Wo luftdichter Abschluß mit Heftpflaster nicht zu erreichen ist, wird Billroth-Battist angewendet. Denn

nur bei luftdichtem Abschluß entsteht die Eiterung mit der erstrebten Tiefenwirkung der Ätzung. Am vierten Tage wird der erste Verband abgenommen, die Stelle gereinigt und mit Pyotropin II geätzt. Nach weiteren vier Tagen Entfernung des zweiten Verbandes und Behandlung der Wunde bis zur Überhäutung mit Borsalbe oder Granugenpasta. Im Durchschnitt braucht man nach Angabe der herstellenden Fabrik acht solcher Behandlungen. Verfasser aber hat die Erfahrung gemacht, daß sich kein Schema aufstellen läßt. Man kommt zuweilen mit drei bis vier Behandlungen aus und braucht bei alten Fällen auch mehr als acht Behandlungen. Die Erfolge der Pyotropintherapie waren gute, allerdings erhielten alle Patienten nachträglich Blaulicht oder Röntgenstrahlen. Schmerzhaft ist nur die Applikation des Pyotropin II, doch lassen die Schmerzen nach Auflegen der Pyotropinsalbe nach. Bei sehr ängstlichen Patienten und Lokalisation an empfindlichen Stellen (z. B. Augengegend) kann man ausnahmsweise einen Chloräthylrausch anwenden. Natürlich darf das Mittel, das ja ätzend wirkt, nie ins Auge kommen. Bei ambulanter Behandlung soll man nicht Stellen auf einmal behandeln, die die Größe eines Fünfmarkstückes überschreiten. In kosmetischer Hinsicht ist das Resultat zuweilen durch Keloidbildung beeinträchtigt, die man aber durch die Röntgenbestrahlungen bessern kann. In anderen Fällen liegt die Narbe unter dem Niveau der Haut; hier empfiehlt sich die Nachbehandlung nach dem Prinzip der „feuchten Kammer" („Ars Medici" 1925, S. 25), die die Granulation mächtig anregt. (Derm. Wschr. Nr. 1, 1925.)

Die kombinierte Chrysarobin-Salizyltherapie der Psoriasis

bringt Prof. Hübner (Elberfeld) wieder in Erinnerung (vgl. „Ars Medici" 1923, S. 272). Er hat bis jetzt gute Erfahrungen an über 150 Kranken gesammelt. Sachs hatte zuerst gegen Psoriasis 20%ige venöse Natrium-salicylicum-Injektionen empfohlen, doch wurde ihre Wirksamkeit gering gefunden. Statt der üblichen 5 bis 10%igen Chrysarobinsalbe hatte anderseits Jadassohn schon seit langem ¼%ige Chrysarobinpaste verordnet, die nicht so schmutzt, aber im allgemeinen wohl zu schwach und daher zu langsam wirkt. Hübner kombiniert nun diese beiden Methoden mit auffallend gutem Erfolge: lokal ¼%ige Chrysarobinpaste und daneben zweimal wöchentlich venöse Natrium-salicylicum-Injektionen, am besten in Form der fertigen sogenannten „Psoriasisampullen" der Firma Albert Bernard Nachf., Berlin C 19. Die Dosen dieser Packung (1mal 10, 1mal 15, 8mal 20 cm^3 der 20%igen Lösung) gelten für Erwachsene und müssen für Kinder entsprechend reduziert werden. Die Wirkung dieser kombinierten Behandlung scheint auf einer besseren Durchblutung der Haut zu beruhen, die dadurch das geringere Chrysarobinquantum besser verwerten kann. Dementsprechend eignen sich besonders frischere, noch wenig behandelte Erkrankungen Jugendlicher für diese Therapie, weniger der Typus der Psoriasis ostracea, Erkrankungen älterer Leute und schon vielfach lokal behandelte Patienten, deren Gefäße und Kapillaren unter der Behandlung schon gelitten haben. — Die venösen Salizylinjektionen sind sehr langsam, fast tropfenweise, auszuführen, im Winter ist die Lösung etwas vorzuwärmen. Sollte die Injektion lokal Schmerzen erzeugen, so verdünnt man die Lösung mit sterilem Wasser bis zur Hälfte. — Ein Allheilmittel für alle Formen der Psoriasis gibt es wohl nicht, aber bei Auswahl der Fälle nach den obigen Prinzipien und bei obiger Technik der Therapie lassen sich überraschende Erfolge erzielen. (D. m. W. Nr. 2, 1925.)

Augenheilkunde.

Die subkonjunktivalen Adrenalininjektionen beim Glaukom

nach Hamburger (s. „Ars Medici" 1925, S. 27) bedeuten nach Römer und Krebs (Bonn) eine wertvolle Unterstützung unserer bisherigen konservativen Maßnahmen, namentlich um Eserin und Pilokarpin wirksam zu machen. Sie sind vor allem angezeigt, wenn beim Gl. simplex noch nicht operiert werden muß oder bei zu weit vorgeschrittenem Prozeß nicht mehr operiert werden kann. Doch können die Injektionen die druckentlastende Operation nicht ersetzen, da sie immer nur für einige Tage wirken. (Ztschr. f. Augenhk. 53, H. 1/2, 1924.)

Zur Differentialdiagnose zwischen Flimmerskotom und entzündlichem Glaukom

sind nach Dozent R. Krämer (Wien) folgende Momente maßgebend:

Das Flimmerskotom (Migraine ophthalmique) ist beidäugig, halbsichtig; der Kopfschmerz ist kontralateral, tritt erst nach oder beim Abklingen der Sehstörung auf, nimmt an Intensität zu und dauert eventuell noch viele Stunden. Das Flimmern wird auch im hellen Tageslicht gesehen und beim Schließen der Augen noch deutlicher. Das Auge ist objektiv unverändert. Der Anfall kann durch frühzeitige Gaben von 0.3 bis 0.5 Pyramidon kupiert werden.

Das Glaukom ist einäugig, der Kopfschmerz ist gleichseitig und gleichzeitig. Die Sehstörung besteht in einer ausgesprochenen Verdunkelung und im Sehen farbiger Ringe — Flimmern kommt nicht vor. Die Kopfschmerzen können fehlen, niemals aber gibt es glaukomatösen Kopfschmerz ohne Sehstörung.

Die Glaukomringe treten nur bei Betrachtung einer umschriebenen Lichtquelle auf und schwinden beim Schließen der Augen. Das Auge zeigt auf der Höhe des Anfalles schon äußerlich stets auch dem Laien erkennbare Veränderungen. (W. m. W. Nr. 47, 1924.)

Trachompannus und Krötengift.

Aus der Univ.-Augenklinik in Zagreb berichten Prof. A. Botteri und V. Derkač über auffallende Beeinflußbarkeit des Trachompannus durch das Hautdrüsensekret der Kröten, Bufonin und Bufotalin. Zwecks Gewinnung dieser Gifte werden die Tiere getötet und enthäutet, die Häute fein zerschnitten, zum Teil luftgetrocknet, zum Teil mit künstlichem Magensaft versetzt und einige Stunden im Brutschrank bei 37° C gehalten, wobei das Hautdrüsensekret in weißen Klumpen ausfällt. Der Trockenrückstand und die trockenen Hautschnitte werden zu einem feinen schwarzen Pulver verrieben. Man streut einen Davielschen Löffel voll, von der pulverisierten Haut, dem das pulverisierte Gift beigemengt wurde, in den Bindehautsack und läßt es fünf Minuten lang einwirken (schmerzhaft), worauf es mit nassen Tupfern und phys. Na Cl-Lösung entfernt wird. Nach drei bis zehn Behandlungen (jeden zweiten Tag) hellt sich der Pannus deutlich auf, auch wenn sonst jede Behandlung erfolglos war. Auch übt jetzt der Blaustift eine viel bessere Wirkung aus. Das Pannusgewebe verschwindet schließlich, während die Gefäße noch eine Zeitlang bestehen bleiben. Ist der Pannus bereits einigermaßen aufgehellt, so muß das Krötengift sistiert werden, da es sonst Hornhauterosionen hervorruft. Ebenso muß man aussetzen, wenn Erosionen bereits da sind. (Liječnički vjesnik. Nr. 10. 1924. 50jähr. Jubiläumsfestschrift.)

Rhino-, Laryngo- und Otologie.

Zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem äußeren Ohr.

Einen Kirschkern, der seit zehn Monaten im Gehörgang eines Kindes steckte, entfernte Dixon mittels rasch bindenden Zahnzements, der, durch einen Pinsel an den Kern herangebracht, rasch härtete und nun mit dem anhaftenden Pinsel leicht herausgezogen werden konnte. (Journ. of Amer. med. assoc. Nr. 5, 1924.)

Otitis externa.

Nach Prof. H. Neumann (Wien) wird die Otitis externa circumscripta oder der Gehörgangsfurunkel häufig mit Mastoiditis verwechselt. Diese sitzt aber im knöchernen, erstere im knorpeligen Anteil des Gehörganges; der Mastdarmfortsatz ist bei der O. e. an der Vorderseite, bei der Mastoiditis an der Hinterseite druckempfindlich; der Gehörgangsfurunkel hat charakteristische Druckpunkte am Tragus, über den infraaurikulären Lymphdrüsen und bei Druck nach hinten oben, wenn man die Ohrmuschel hebt. Die O. e. diffusa wird im Gegensatz zum Furunkel nicht durch Eitererreger, sondern meist durch den B. pyocyaneus verursacht. Dieser ist ausgesprochen aërob und wächst üppig auf sauren Nährböden. Daher darf die O. e. diffusa nicht wie der Furunkel mit essigsaurer Tonerde behandelt werden, sondern mit 3 bis 5% Lapislösung oder Bor- oder Salizylspiritus und warmen Umschlägen. Die Infektion erfolgt meist durch Herumkratzen im äußeren Gehörgang mit Instrumenten wegen Juckgefühls, eventuell auch bei der instrumentellen Entfernung eines Zerumenpfropfes. Nach Abklingen einer Pyozyaneusinfektion Vollbad und Desinfektion der behaarten Stellen mit Sublimatspiritus. (Wiener Seminarabend, Dezember 1924.)

Profuses (arterielles) Nasenbluten

stammt nach W. Anthon (Rhino-laryng. Klinik. Prof. Passow, Berlin) nur ausnahmsweise aus dem vorderen unteren Drittel des Septums, dem Hauptsitz der gewöhnlichen Epistaxis, sondern aus dem Gebiete der unteren Muschel, die manchmal erst vorsichtig mit Hilfe des Killianschen Nasenspekulums emporgedrängt werden muß, um die spritzenden Gefäße sichtbar zu machen, worauf man durch Verätzen mit der Chromsäureperle die Blutung sofort stillen kann. Die blutende Nasenhöhle wird zunächst mit Tupfern (20% Kokain + Adrenalin 1:1000) systematisch abgesucht. Wenn es sich herausstellt, daß die Quelle der Blutung sich nur unterhalb der unteren Muschel befinden kann, so wird diese bis zur Infraktion nach oben gedrängt. Blutet es aus dem mittleren Nasengang, so wird die mittlere Muschel zur Seite gespreizt. (M. Kl. Nr. 41, 1924.)

Radiologie

Die Röntgenbehandlung der Lungen- und Kehlkopftbc.

nach zehnjähriger Erfahrung (3000 Fälle) bespricht Prof. A. Bacmeister (St. Blasien). (Details s. Bacmeister-Rickmann; gleichnamiges Buch im Verl. Thieme-Leipzig). Zweck derselben ist die raschere Vernarbung des produktiven Granulationsgewebes, somit lediglich eine Unterstützung der Naturheilung bei heilungsfähigen Fällen. Geeignet daher nur langsam progrediente, stationäre und zur Latenz neigende Formen der vorwiegend zirrhotischen und nodösen Lungentbc. Kavernen innerhalb solcher Prozesse bilden keine Kontraindikation. Der vorübergehende reaktive Reizzustand in den tbc. Herden erfordert die größte Schonung des Pa-

tienten. Daher soll die Behandlung niemals ambulant, sondern nur im Rahmen einer allgemeinen, klimatisch-diätetischen Kur unter dauernder ärztlicher Kontrolle erfolgen.

Zur Hebung des Allgemeinbefindens und namentlich der Hautfunktionen (Antikörperproduktion!) gibt man am besten einleitend und abschließend je sechs allgemeine Quarzbestrahlungen (drei pro Woche): zwei Quarzsonnen vorne und hinten, Distanz je 110 cm, Beginn mit 5 Minuten, ansteigend um je 2 bis auf 15 Minuten bei Verminderung der Distanz um je 5 bis auf 80 cm. Dieselben dienen auch als Indikator, ob besondere Strahlenempfindlichkeit vorliegt. Wer das Quarzlicht schlecht verträgt, eignet sich auch für die Röntgenbestrahlung nicht. (Quarzerytheme sollen vor Beginn mit Röntgen völlig abklingen, sonst Gefahr des Röntgenulkus. — Ref.) Fiebernde Fälle vorher durch Allgemeinkur drei Wochen lang entfiebern.

Röntgendosierung sehr individuell, im allgemeinen vorne und hinten je drei Felder von 10 bis 12 cm Durchmesser über der kranken Lunge, pro Sitzung ein Feld, pro Woche ein bis drei Sitzungen, Coolidge-Röhre, 4 mm Aluminiumfilter, 2 M-Ampère Belastung, Fokusdistanz 22 cm. (Beim verwendeten Apexapparat liegt die HED, die in zirka 30 Minuten erreicht wird, bei ungefähr 70 X Oberflächendosis). Man appliziert 5 bis 20% der HED (4 bis 15 X in zwei bis zehn Minuten). Beginn mit 4 bis 6 bis 8 X, ansteigend je nach dem Charakter der Tbc. und Erfolg der Sitzung auf 8 bis 10, eventuell auch 15 X. Je gutartiger der Prozeß, desto größer die Dosis und rascher die Folge der Sitzungen. Zirka 4 bis 10% der Oberflächendosis sollen durch den ganzen Thorax hindurchtreten. Nach einer Reaktionspause von mindestens acht Tagen folgt eventuell die zweite Lunge in gleicher Weise. Dann Wiederholung des ganzen Turnus. Bei größeren Fieberreaktionen sofort aussetzen, bei kleineren Reaktionen Dosen reduzieren, größere Pausen! Während der Behandlung müssen sämtliche Krankheitssymptome, vor allem Auswurf und Bazillen zurückgehen. Ziehende leichte Schmerzen (ohne Temperatursteigerung!), namentlich bei Witterungswechsel sind Schrumpfungsbeschwerden.

Resultate: 86% positive Erfolge, 5% Verschlechterung. In 52% schwanden während oder nach der Kur die Tbc.-Bazillen.

Auch bei der L a r y n x t b c. sind nur die langsam progredienten, vorwiegend produktiven Formen zur Röntgentherapie (auch ambulatorisch) geeignet. Technik: Je ein Rundfeld von 4 bis 6 cm Durchmesser vorn, rechts und links. Dosierung wie oben. Zwei bis drei Bestrahlungen pro Woche, nach drei bis sechs Sitzungen drei Wochen Pause. Unter 200 Fällen wurde niemals irgendwelche akute oder späte Schädigung des Kehlkopfes gesehen. Bei größeren Wucherungen vorher galvanokaustischer Tiefenstich. (Die Ther. d. Gegenw., November 1924.)

Diagnose.

Die Bedeutung der Blutkörperchensenkungsreaktion (BSR) für die Allgemeinpraxis

betont A. Z i m m e r m a n n (Novisad, SHS). Die Technik nach Linzenmayer (s. „Ars Medici" 1924, S. 522) ist außerordentlich einfach: 0.2 cm³ einer 5%igen Natr.-citr.-Lösung werden mit 0.8 cm³ Blut aus der Kubitalvene im Linzenmayerschen Reagensröhrchen (18 mm) vermischt. Das Zitratblut zeigt innerhalb der ersten 24 Stunden immer die gleiche BSR; der Erfahrene sieht schon in einigen Minuten das Endresultat voraus (s. B e c h e r-R ü d e n h o f, W. kl. W. Nr. 22, 1924). Der Praktiker kann also das in der

Privatwohnung entnommene Zitratblut innerhalb 24 Stunden daheim auf BSR untersuchen. Praktisch unterscheide man am besten fünf Typen: BSR innerhalb 30 Minuten (Typus I), in 60 Minuten (II), 2 Stunden (III), 3 Stunden (IV), mehr als 3 Stunden = normal (V). Bei begründetem Verdacht auf verborgene Eiterungen oder Entzündungen (Appendizitis, Peritonitis, Parametritis, Salpingitis, otogene Mastoiditis usw.), namentlich in akuten Fällen, sowie bei Karzinom, Tbc. usw. wird man stets eine beschleunigte BSR (meist Typus I bis II) finden und dadurch häufig zu einer bedeutsamen Frühdiagnose gelangen. (W. kl. W. Nr. 52, 1924.)

Aus der Praxis.

(Originalarbeiten.)

Aus unserem Leserkreis.

Zur Kreislaufschwäche bei Lungentuberkulose. Bei jeder Form fortschreitender Lungentuberkulose gibt es einen Zeitpunkt, wo die wahrhafte crux des Kranken wie des Arztes die Kreislaufschwäche wird und fast jedes sekundäre Symptom, ausgenommen die evident bakteriellen, als ihr Ausdruck zu deuten ist. Die physikalischen und röntgenologischen Zeichen der anfänglichen Stauung an der Lunge lassen sich bei den vorgeschrittenen Formen kaum beobachten, noch weniger verwerten. Selbst wenn die therapeutische Wirksamkeit des Kampfers bei der akuten und der rechtzeitigen Venaesektio bei der chronischen Hämoptoe auch ein kardialvasomotorisches Zeichen ist, geht es kaum an, die Hämoptoe als Stauungssymptom schlechtweg aufzufassen.

Die eigentlichen Prodrome einer Kardialinsuffizienz sind auch hier die Nykturie und der Kopfdruck. Treten mit ihnen gleichzeitig dyspeptische Störungen, chronisches Erbrechen, Obstipation auf, so sind auch diese Symptome als kardial zu erkennen. Häufig jedoch ist das chronische Erbrechen, ohne andere Insuffizienzzeichen auftretend, nur per exclusionem auf seine Ursache zurückzuführen. Das Erbrechen und die sich oft nicht bis zum Erbrechen steigernde Nausea können außer als Folge einer chronischen Pharyngitis, als durch Sputumschlucken angebahnte Erscheinung der Hysterie, unter vielen anderen bekannteren auch als chronische Prodromeralerscheinung einer Amyloidosis auftreten. Die durch die Stauung noch mehr eingeengte Atmungsoberfläche läßt bei den späteren Formen nicht selten eine derartige Kohlensäureanhäufung entstehen, daß sich die Gefäßkrämpfe außer in Hauthämorrhagien auch in zentralen Lähmungen äußern. Die Milderung der Dyspnoe bei schwersten Formen von Lungentuberkulose soll also außer durch Kardiaka (Strophantin intravenös!) nicht durch das Kohlensäureanhäufung fördernde Morphin, sondern durch Sauerstoffinhalationen erfolgen.

Daß die bei relativ jungen, nicht besonders ausgedehnten Formen der Lungentbc. akut einsetzenden Reizleitungsstörungen im Herzen durch das Toxin verursacht werden, scheint die sehr häufig gleichzeitig beobachtete mehr oder minder ausgeprägte pathologische Veränderung der Nierenfunktion zu beweisen. Daß auch das Vasomotorenzentrum primärtoxisch ergriffen werden kann, scheint aus Beobachtungen hervorzugehen, die bei therapeutischen Versuchen mit Tuberkulin in dubiosen Fällen zu machen sind. Intrakutane Reaktionen, die in solchen Fällen selbst bei chronischer Digitalis- oder Strophantusmedikation nicht zu erzielen sind, werden bei chronischer parenteraler Einverleibung von Kampfer ausgeprägter und ermutigend. Dr. A. **Petoe**, Sanatorium Bad Kreuzen.

Zur Anästhesie des Trigeminus. Eine Anzahl von mir beobachtete Fälle von Trigeminusneuralgie ließ mich erfahren, daß man

dabei mit den peripheren Alkoholinjektionen auskommen kann, wenn noch durch die Schockwirkung von Senföldämpfen Linderung für kurze Frist zu erzielen ist. Versagt Senföl vollkommen, dann versagt auch die periphere Alkoholinjektion, und man muß zumindest das Ganglion Gasseri angehen. Durch vorherigen Versuch mit Oleum sinapis könnte man vielleicht die Versager der peripheren Anästhesie bei Operationen im Trigeminusgebiete vermeiden. Dr. A. **Petoe**, Sanatorium Bad Kreuzen.

Die Behandlung hartnäckigen Fluors erfordert zunächst eine gründliche allgemeine und gynäkologische Untersuchung. Ausgezeichnete Erfolge erzielt man mit intramuskulären Injektionen von Strepto-, Staphylo-, bezw. Gono-Yatren (je nach der Bakterienflora). Lokal gleichzeitig Milchsäurebehandlung, jedoch nicht mit Spülungen, die nur flüchtig wirken und nur selten konsequent genug durchführbar sind, sondern mit den von mir angegebenen Vaginaltampons „Colpo" (Firma Hartmann & Kleining, Hohenelbe, Böhmen), die von den Frauen selbst eingeführt werden können, die Sekrete vorzüglich aufsaugen und gleichzeitig auch antikonzeptionell wirken. Durch ihre Anwendung bei Schwangerschaftsfluor kann so mancher Puerperalprozeß verhütet werden. (Lit. W. m. W. Nr. 38, 1923.)

Dr. M. **Schechner**, Frauenarzt, Znaim.

Zur Behandlung der Dyspnoe. Wenn ein Dyspnoiker einen ebenen Weg geht, kommt er mit seinem kurzen Atem leidlich aus. Soll er aber auf einer schiefen Ebene aufwärts gehen oder gar Stiegen steigen, stellt sich sofort starke Atemnot ein. Diese zu verhüten, gebe ich den Patienten folgenden Rat: Beim Gehen unterscheiden wir das Standbein, das ist dasjenige Bein, auf dem der Körper ruht, und das Schwungbein, das ist dasjenige Bein, das zum Gehen ausholt und dann dem Standbeine vorgesetzt wird. Ich weise nun die Patienten an, beim Ansteigen das Standbein im Kniegelenke bis zum Äußersten zu strecken, so daß Ober- und Unterschenkel eine gerade Linie bilden. Nach den Aussagen der Patienten bleibt bei dieser Gangart die Atemnot ganz aus, selbst wenn sie drei Stockwerke ansteigen müssen. Ich habe anfangs die Ursache der Wirkung dieser Gangart in der Verlangsamung des Schrittes gesehen, die mich auch zur Erteilung dieses Rates veranlaßt hat. Doch bin ich bald zur Einsicht gelangt, daß die Patienten auch bei noch so langsamem Ansteigen ihre Atemnot bekommen, wenn sie das Standbein, wie dies normal immer der Fall ist, leicht gebeugt halten. Es ist vielmehr anzunehmen, daß beim Durchstrecken des Kniegelenkes die beim Gehen und Ansteigen kontrahierte Muskulatur des Standbeines, der entsprechenden Beckenhälfte und des Rückens relaxiert wird und daß dadurch eine Entlastung des Herzens eintritt. Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Schlaflosigkeit. In der Rasierstube habe ich oft beobachtet, daß manche Kunden während des Haarschneidens oder, während ihnen die Kopfschuppen mit dem Frisierkamme vom Haarboden abgelöst wurden, eingeschlafen sind. Auf Befragen erklärte mir der Raseur, daß die schlafmachende Wirkung des Bearbeitens der Kopfhaut mit dem Frisierkamme allen Friseuren bekannt sei. Ich benützte diese Erfahrung, indem ich bei schlaflosen Patienten ein Familienmitglied anwies, den Patienten, wenn er bereits im Bette liege, bei ganz geringer Beleuchtung oder, wenn möglich, im Finsteren mit dem Frisierkamme so zu behandeln, als ob es ihm die Schuppen von der Kopfhaut entfernen wollte. Der Erfolg ist oft eingetreten. Bei Frauen mit langen Haaren muß das Verfahren entsprechend modifiziert werden. Bei Patienten mit Glatzen kann die Kopfhaut, wenn das Streichen mit dem Frisierkamme nichts nützt, mit einem Samtlappen bestrichen werden. Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Über eine seltene Form des Erbrechens bei einem zwei Jahre alten Kinde. Dasselbe erkrankte an Erbrechen, das zuerst einmal im Tage, dann immer öfter erfolgte. Nach einigen Tagen erbrach das Kind jede Nahrung, ob fest oder flüssig, kalt oder warm. Die objektive Untersuchung ergab außer Gewichtsabnahme, auffallender Blässe, Puls 100, Schmerzen beim Druck in der Magengegend nichts Besonderes. Nach vier Wochen vergeblicher diätetischer und medikamentöser Therapie machte ich eine Magenspülung mit Karlsbader Mühlbrunn, und das Erbrechen war mit einem Schlage verschwunden. Das Kind genas vollständig. Bei dieser seltenen Erkrankung (der Ätiologie und Therapie nach ähnlich wie sie Lederer bei zwei Säuglingen berichtet, W. m. W. 1924), welche kontinuierlich vier Wochen andauerte und nach einer einmaligen Magenspülung sofort sistierte, müssen wir ebenfalls jede organische Ursache (Stenose, Hernie) wie auch funktionelle Störungen (Pylorospasmus, Atonie des Magens, habituelles Erbrechen) ausschließen und neigen eher zur Annahme des von Peiser (B. kl. W. 1907) geschilderten Bildes des monatelangen Erbrechens bei Bestehen von peritonealen Adhäsionen. Schöner und klarer ist in solchem Falle die Theorie von Lederer. Auch hier dürfte es sich um eine epitheliale Verklebung an der Schleimhaut des Magenausganges (vielleicht infolge einer Erosion oder eines kleinen Ulkus) handeln, welche durch die unter Druck erfolgte Magenspülung sich löste. Dr. J. **Irrgang**, Przemysl.

Mydriasis bei akuter gelber Leberatrophie ist nach meiner Erfahrung ein wichtiges Frühsymptom, das auf die schwere Intoxikation hinweist. In den Frühstadien häufig, wird es im zweiten Stadium der Erkrankung als zerebrales Symptom kaum jemals vermißt werden. Findet man somit bei einem anscheinend einfachen katarrhalischen Ikterus die Pupillen erweitert und auf Licht kaum reagierend, so ist das auch bei noch gutem Allgemeinbefinden als signum mali ominis zu deuten und eventuell die Milzexstirpation (nach Eppinger) zu erwägen.

Dr. V. **Glavadanović**, Trpanj (SHS.).

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.[1]

Fragen:

57. Wie ist die Prognose der Operation der angeborenen Atresia vaginae? Welche der beiden Methoden wird bevorzugt? Dr. H. in K.

58. Gibt es an den Universitäten in Rom oder Florenz Fortbildungskurse und Assistentenkurse für praktische Ärzte, besonders über Gynäkologie und Otologie? Dr. W. S. in S.

59. Welche Bestimmungen bestehen für Preußen betreffs Einrichtung einer Hausapotheke? Muß ich einen eigenen Kurs und eine eigene Prüfung mitmachen? Dr. K. in W.

60. Welcher europäische oder außereuropäische Staat stellt für das Mutterland oder die Kolonien Schiffsärzte an? Dr. E. K. in B.

61. Veranlaßt durch den Artikel von Prof. Schloßmann („Ars Medici" 1924, S. 457) habe ich meinen letzten Diphtheriefall konservativ be-

[1] Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. **Wegen Raummangels werden nur die Anfragen von allgemeinem Interesse veröffentlicht.** Behufs etwaiger **brieflicher Beantwortung ersuchen wir daher** um Beifügung von Rückporto. **Die Red.**

handelt. Effekt: Exitus. Der zehnjährige Knabe mit hochgradiger Atemnot erhielt 9000 AE Serum und 0.006 Morphium. Das Herz schien gut, der Puls war langsam und kräftig. Am nächsten Morgen noch starke Atemnot, doch subjektive Besserung; Morphium (0.006) plus Koffein plus Kampfer; nachts Exitus. Ich bin fast überzeugt, daß hier die Tracheotomie geholfen hätte. Das Gegenstück dazu bildete ein noch schwererer Fall von Krupp bei einem 14jährigen Kinde, das nach Serum und sofortiger Tracheotomie durchkam. — Ich stelle diesen Fall zur Diskussion; ich selbst weiß jetzt, was ich tun werde. Dr. H. K. in R.

62. Weiß jemand etwas über die viel angepriesene „Original Wintersonne" der Firma L. S. Mayer in Frankfurt? Dr. K. K. in S.

63. Henkel und Flatau empfehlen, bei lebensgefährlicher Uterusblutung nach der Geburt, die Parametrien durch rechts und links am kräftig herabgezogenen Gebärmutterhalse eingesetzte Klauenzangen nach Doyen und Jakobs abzuklemmen. Wie sind diese anzulegen, um das Fassen der Ureteren oder der Blase zu vermeiden? Welche Gefahren sind mit diesem Verfahren verbunden? Wo sind dieselben erhältlich? Wäre es nicht zweckmäßig, die Zangenbranchen mit Gummiröhren zu versehen? Dr. B. in L.

64. Eine Warschauer Firma annonciert eine Scharlachvakzine nach Gabryczewski für prophylaktische Zwecke. Hat diese einen Wert? Dr. D. M. in S.

65. 56jährige Frau, seit Jahren herzleidend, klimakterische Störungen, vor zwei Jahren linksseitige Fazialisparese, bekommt nach einem Stuhlgang schwerstes Unwohlsein. Befund: Pulslosigkeit, Extremitäten feucht und kalt, Singultus, Brechreiz; keine Lähmungserscheinungen. Nach 24 Stunden Exitus. Weder Strophantin, Kampfer noch Koffein beeinflußten das Herz, noch war das Erbrechen, das bei jedem Schluck Flüssigkeit auftrat und ungeheure Massen zur Entleerung brachte, zu stillen. Im Harn fand sich bei früheren Untersuchungen weder Zucker noch Eiweiß. Dr. K. L. in P.

66. Relata refero. Patientin mit abgelaufener Salpingitis behauptet, daß ihre Krampfschmerzen im Leib verschwanden, nachdem eine schmerzhafte Anschwellung der Venen beider Vorderarme ebenso plötzlich verschwunden wie gekommen war. D. K. L. in P.

67. 30jähriger Patient hatte im Jahre 1914 und 1917 eine Thrombophlebitis des Unterschenkels, das erste Mal rechts, das zweite Mal links. Jedesmal nach acht bis zwölf Wochen Liegekur, Umschlägen und Jodkali Heilung. Im vorigen Jahr Thrombophlebitis des linken Vorderarmes und jetzt wiederum ebensolche des linken Oberschenkels. WaR negativ, Patient ist mäßiger Raucher und kein Trinker. Ätiologie? Therapie? Könnte man Cyarsal versuchen und ist eine intravenöse Behandlung überhaupt anwendbar? Dr. K. P. in A.

68. Eine 40jährige Industrielehrerin leidet seit mehreren Jahren an Tic convulsif der linken Gesichtshälfte, der sich bei Aufregung oder Anstrengung steigert. Alle bisherigen Behandlungsversuche (faradischer, galvanischer Strom, As, Chinin, Kalk usw.) unwirksam. Läßt sich vielleicht mit einiger Aussicht auf Erfolg Vakzineurin anwenden oder eine andere Art parenteraler Behandlung? Dr. W. B. in B.

69. Wer kann über die Einspritzungen gegen Tuberkulose Aufklärung geben, die von dem geistlichen Rektor Zilles in Bonn angeblich mit Erfolg vorgenommen werden? Dr. H. in B.

70. 31jährige Patientin hatte während der Schwangerschaft Ödeme beider Beine ohne nephritische Erscheinungen. Geburt in Steißlage.

Hydramnion. Fieberfreies Wochenbett und Schwinden der Ödeme, so daß Patientin drei Wochen nach der Geburt das Bett verließ. Bald darauf traten jedoch Schmerzen im r. Oberschenkel auf, leichte Schwellung und dann Übergreifen auf das linke Bein; innerhalb einer Woche entwickelte sich das Bild einer Phlegmasia alba dolens, das nun schon durch sieben Monate hartnäckig anhält und sowohl der üblichen Behandlung (Ruhe, Hochlagerung, Umschläge) als auch der Behandlung mit Novasurolinjektionen trotzt. Nach Novasurol tritt zwar starke Diurese ein (2 l), die Ödeme gehen jedoch nicht zurück. Sie greifen sogar seit zwei Wochen weiter auf die Rücken- und Bauchhaut über; auch die Haut des Gesichtes ist seit einigen Tagen ödematös. Urin frei von Albumen und Zylindern, kein Aszites, keine Leberschwellung. Prognose? Therapie?

Dr. L. N. in S.

71. Die chemische Fabrik Dr. Busche in Hamburg erzeugt ein Präparat „Scarlatin I" zur Verhütung der Scharlachansteckung. Wer weiß etwas über dieses Mittel? Dr. M. D. in A.

72. 48jährige Patientin mit Herzfehler hatte im Winter Pneumonie. Jetzt besteht ziemlich starker Aszites. Ich gab am 1. Februar eine Novasurolinjektion, jedoch ohne Erfolg. Von einer Punktion will die Kranke nichts wissen, ebenso auch nicht von Medikamenten, doch erhält sie Digitalis ohne ihr Wissen. Kann ich Novasurol trotz des Vitiums weiter geben? Oder gibt es sonst eine andere konservative Therapie?

Dr. F. G. in K.

73. Arthritis deformans, vor dem Spitalsaufenthalt mit Atophantabletten und Heißluftbädern, im Spital mit zehn Mirioninjektionen und Heißluft behandelt. Alles erfolglos. Was ist weiter zu tun?

Dr. T. N. in B.

74. Ich erkrankte vor dreiviertel Jahren an Ulcus duodeni mit typischen Schmerzanfällen. Interne Therapie ohne Wirkung, am besten bewährten sich zweistündliche kleine Milchportionen. Nach sechswöchentlicher Liege- und Diätkur Besserung. Seither immer wiederkehrende Beschwerden; krampfartige Schmerzen einige Stunden nach dem Essen, häufig spastische Obstipation, welche Vorbote eines Anfalles ist. Die Schwächung meiner Arbeitskraft macht mir Sorge. Operation wird von bedeutendem Chirurgen nicht empfohlen, da das Ulkus (Röntgen) am horizontalen Duodenalteil liegt. Anamnese: im Felde Typhus; Zigarettenraucher. — Wer weiß Rat? Dr. A. R. in W.

75. Kürschner und Pelzhändler leidet an asthmaähnlichen Zuständen nebst Reizung der Nasenrachenschleimhäute, die nach meiner Meinung als Allergieerscheinungen aufzufassen sind. Welcher Kollege in Wien oder Leipzig, wohin der Patient zeitweise kommt, beschäftigt sich mit der Feststellung und spezifischen Behandlung solcher allergischer Zustände mittels Kutanreaktion und subkutaner Injektionen?

Dr. D. G. in B.

76. Ein fünfjähriges Mädchen leidet seit etwa einem Jahre an Tbc. peritonei. Schmierseifeneinreibung, Höhensonne, natürliche Sonne, Röntgen usw. ohne Erfolg. Der Aszites wurde vor sechs Wochen und vor 14 Tagen punktiert, hat sich aber bereits wieder stark angesammelt. Operation wird von Eltern abgelehnt und von einem kürzlich zugezogenen Kinderarzt widerraten. Was bleibt noch zu tun übrig? Dr. S. in R.

77. Ich zog einem 20 Jahre alten Mädchen den linken oberen ersten Backenzahn und machte dabei mit einer 2%igen Novokain-Suprareninlösung eine Tuberanästhesie und injizierte außerdem das Zahnfleisch. Zusammen habe ich 2 cm³ der Lösung verbraucht. Zehn Minuten

nach der Injektion Schwellung der linken Wange, die nach der Extraktion nachließ und zu Hause ganz verschwand. Auf warme Umschläge schwoll die Wange wieder stark an: sobald sich die Patientin aber in die freie Luft begab, verging die Schwellung wieder. Dies wiederholt sich seit einer Woche jeden Tag. Subjektiv keine Beschwerden. Dr. K. S. in R.

78. Wie richtet man sich eine Radiumemanation ein? Woher wird das Radium bezogen? Ist es ratsam, ein Radiumemanations- und -bestrahlungsinstitut zu eröffnen, das allen Kollegen der betreffenden Stadt für ihre Patienten offenstehen soll?
Dr. H. B. in L.

79. Ist die Malariabehandlung der Syphilis auch in der Privatpraxis durchführbar? Wo erhalte ich den Impfstoff?
Dr. E. I. in F.

80. Stoff sammelnd für eine Abhandlung über das Thema „empirische Ionentherapie in der Laienheilkunst", dazu angeregt durch eine Stelle in C. L. Schleichs „Besonnte Vergangenheit" betreffend Verwendung von Schmiedewasser in der Wundbehandlung (Wasser, in dem glühendes Eisen abgeschreckt ist, auch gebranntes Wasser genannt = Fe-Ionen-Wirkung), bitte ich alle in dieser Hinsicht interessierten Kollegen um freundliche Mitteilung ihrer Kenntnis über derartige „Schäferweisheit", bzw. Angabe etwa schon vorhandener Literatur. Dr. P. M. in R.

81. Ich leide seit einigen Monaten (Prodome seit eineinhalb Jahren) an folgendem Krankheitsbild: Tachykardie, allgemeiner Schwäche, Muskelzittern, Gewichtsabnahme, Wärmegefühl in der Haut, metallischem Geschmack im Munde, leichter Erregbarkeit. Das Leiden hat mich seit zwei Monaten arbeitsunfähig gemacht. Die Krankheit wurde in jüngster Zeit in einem Sanatorium als Dys-Thyreose, bzw. Thyreo-Toxikose angesprochen. Allgemein roborierende Behandlung bisher von wenig Erfolg. Was soll ich machen? Dr. H. in N. O.

Antworten:

Ad 231. Ischias. Die Warnung in Nr. 12 besteht vielleicht zu Recht für gewöhnliche Massage; zu empfehlen ist diese jedenfalls nicht, da sie die kranken Stellen nicht oder nur ungenügend trifft. Dagegen kann ich die Nervenmassage (nach Cornelius) nur dringend empfehlen, da es mit ihr gelingt, an den Sitz der Schmerzen direkt heranzukommen. Auch vor Nervenmassage wurde eine hiesige Patientin von einem Kollegen gewarnt, welche so schwer an Ischias litt, daß sie bettlägerig war und sich nur gebückt mühsam bewegen konnte. Nach der dritten Nervenmassage bereits war sie imstande, aufrecht zu gehen, wenn auch noch mit Schmerzen, die sich nach 15 Massagen verloren, deren aber 30 notwendig waren.
San.-Rat Dr. **Reefschläger**, Berlin-Wilmersdorf.

Ad 241. Lourdes. In dem Werke von Georges Bertrin „Histoire critique des évenements de Lourdes" finden Sie mehr als hundert Krankengeschichten und Abbildungen, die äußerst instruktiv wirken. Freilich ist auch dieses Buch in Lourdes herausgegeben und sehr cum grano salis zu werten. Dr. K. **Moser**, Karlsbad.

Ad 306. Chloasma gravidarum. Vor der Behandlung mit „Extaetol" ist dringend abzuraten. Die Injektionen sind sehr schmerzhaft und es entstehen sehr häßliche Narben, die zu Schadenersatzklagen führen könnten.
Dr. H. **Schepermann**, Sterkade, Rheinland.

Ad 317 und 319. Schlafmittel. Versuchen Sie „Allonal" (Roche), ein isopropylpropenylbarbitursaures Amidopyrin, das mir in sehr vielen Fällen

von Schlaflosigkeit jeglicher Provenienz wirklich ausgezeichnete Dienste geleistet hat. Infolge seiner analgetischen Komponente wirkt es oft besser als Morphium. Zwei bis drei Tabletten — auch trocken zu nehmen — genügen auch bei den hartnäckigsten Fällen. Dr. K. **Moser**, Karlsbad.

Ad 322. Polyserositis idiopathica chronica. Bevor eine primäre chronische Entzündung mehrerer seröser Häute angenommen wird, ist es dringend angezeigt, eine perikardiogene Polyserositis auszuschließen. Bekanntlich führt eine chronisch adhäsive Perikarditis (Concretio perikardii) mitunter zu einer Perihepatitis, Peritonitis und Pleuritis und kann in einem derartigen Falle ein Aszites monate- und jahrelang wiederkehren. Da eine Concretio pericardii manchmal ohne klinische Zeichen verläuft, so empfiehlt es sich im Falle einer ätiologisch nicht aufgeklärten Polyserositis, bzw. bei einem Aszites zweifelhaften Ursprungs, die Möglichkeit einer gleichzeitig bestehenden chronisch obliterierenden Perikarditis zu berücksichtigen. Erst nach Ausschluß der letzteren kommt eine idiopathische Polyserositis in Betracht. Diese verläuft pathologisch-anatomisch in einer fibrös indurativen, adhäsiven und einer exsudativen Form; klinisch akut mit Fieber oder exquisit chronisch, fieberlos; ätiologisch als Folgeerscheinung einer Tuberkulose (Polyserositis tuberculosa) oder eines einfach entzündlichen Prozesses (Polyserositis simplex) der serösen Häute. Die Symptomatologie und der Verlauf hängen von der Art (adhäsiv oder exsudativ) und von der Ausbreitung des Prozesses ab. Für die tuberkulöse Form sind symptomatisch erwähnenswert die von den Exsudaten und käsigen Infiltrationen herrührenden Resistenzen des Unterleibes, ferner das Fieber, dessen Höhe auf die Prognose einen großen Einfluß hat. — Bezüglich der Therapie der Polyserositis idiopathica wäre Folgendes anzuführen: Der Prozeß kann auch bei chronischen tuberkulösen Formen vollständig zurückgehen. Nach neueren Statistiken gehört eine Heilung bei diesen zu den nicht seltenen Erscheinungen, indem der Prozeß infolge Abschließung der Tuberkelbazillen durch die Zellwucherung der serösen Häute einer Propagation ungünstig ist, und indem ferner durch Resorption von Stoffwechselprodukten der Tuberkelbazillen eine Autoimmunisation herbeigeführt wird. Mit Nachschüben des Prozesses ist aber immer zu rechnen. Die Beschwerden eines rezidivierenden Aszites können durch eine öfter ausgeführte Paracentesis abdominis gelindert werden. Bei der perikarditischen Pseudoleberzirrhose (Pick) kann eine Talmasche Operation, falls eine Kardiolyse kontraindiziert ist, in Erwägung kommen. Sonst kämen Röntgenbestrahlungen in Betracht. Die Ätiologie der idiopathischen Polyserositis ist nach dem angeführten keine einheitliche. Sie betrifft beide Geschlechter. Die Pubertät des weiblichen Geschlechtes scheint begünstigend für die Entstehung des Leidens zu sein. Dr. E. **Kapelusch**, Wien.

Ad 6. Parasiten der Hauskatze. Von Parasiten und parasitären Erkrankungen der Hauskatze nenne ich die wichtigeren: Trychophytie (auf den Menschen übertragbar); Favus (übertragbar), Sarkoptes- und Dermatophagusräude (übertragbar); Ascariasis (selten, Übertragbarkeit gering). Ektoparasiten (Zecken, Laufmilben, Läuse, Haarlinge und Flöhe) können übertragen werden. Gefährlicher sind einige der Entoparasiten: mehrere Bandwurmarten (darunter Taenia echinococcus, Bothriocephalus latus): Trematoden (Distomum hepaticum, — lanceolatum); verschiedene Arten der Rundwürmer (darunter Trichina spiralis), Protozoen (Übertragbarkeit nicht wahrscheinlich).

Bezirks-Obertierarzt Dr. J. **Schreiber**, Retz.

Ad 6. Der Katze eigen ist das Mikrosporon felineum. Die Mikrosporiepilze tierischer Herkunft sollen beim Menschen sowohl das Bild der typischen Mikrosporie des behaarten Kopfes als auch Krankheitsbilder

vom Aussehen des Herpes tonsurans. Sykosis und des Kerion verursachen (Rieke „Hautkrankheiten“ S. 499). Dr. **Richter**, Podersam.

Ad 7. Phlebitis. Ich bediene mich seit Jahren der Kompressionsbehandlung. Notwendig ist in erster Linie genaueste Begrenzung des Erkrankungsprozesses und Überragung desselben durch den Kompressionsverband nach oben um mindestens 5 cm. Gerade die akuten, anfangs sehr schmerzhaften Phlebitiden heilen unglaublich rasch. Die Schmerzhaftigkeit schwindet und die Arbeitsfähigkeit wird erhalten. Die Technik dieser Gehverbände ist ziemlich heikel und soll nur mit guter Deckbinde aus Wolltrikot (10 bis 11 cm Breite und 5 bis 6 m Länge) durchgeführt werden. Dr. A. **Henggeler**, Rohrschach.

Ad 16. Ein sehr einfaches Mittel zur **Klärung trüben Urins** ist Bolus alba, die in beliebiger Menge dem Urin zugesetzt werden kann. Nach kräftigem Umschütteln filtriere man durch dreifaches, vorher angefeuchtetes Filtrierpapier. Dr. **Bamberger**, Kissingen.

Ad 20. Vakzine gegen Arteriosklerose. Diese Vakzine heißt: „Ateriovakzine nach Dr. Cilimbaris“. Cilimbaris macht für die Entstehung der Arteriosklerose die Toxine gewisser Darmbakterien verantwortlich, die entweder unmittelbar durch Resorption oder mittelbar von den Chylusgefäßen aus ins Blut gelangen und hier zunächst eine Entzündung und Erkrankung der Intima und der Media der Gefäße hervorrufen, die sich histologisch durch Verfettung und kleinzellige Proliferation mit nachfolgenden Wucherungen des Bindegewebes auszeichnet. Anschließend daran kommt es zu einem Zerfall des Bindegewebes, wobei Kalk und Cholesterin frei werden. Cilimbaris gelang es in seinen experimentellen Untersuchungen aus der Darmflora Bakterien rein zu züchten, deren Toxine die Fähigkeit besaßen, Cholesterin und Kalk aus den Nährböden abzuspalten; dieselben Toxine wurden von Cilimbaris für die Entstehung und weitere Entwicklung der Arteriosklerose verantwortlich gemacht. Es glückte ihm ferner, durch subkutane Einverleibung von sterilisierten Aufschwemmungen dieser Bakterien die Kalk- und Cholesterinablagerungen in die Arterien zu verhindern und auf diese Weise der Arteriosklerose energisch entgegen zu wirken, und zwar basierend auf der experimentellen Tatsache, daß das Blutserum durch Bildung von Antikörpern die Fähigkeit erlangt, Cholesterin und Kalk zu lösen. — Die Arteriovakzine wird jeden zweiten Tag subkutan injiziert, man beginnt mit 0.2 und steigt jeden Tag um 0.1 bis zur Höchstdosis von 1 cm^3. Die Vakzine bewirkt subjektiv Hebung des Allgemeinbefindens, objektiv eine schnelle regelmäßige und dauernde Herabsetzung des gesteigerten Blutdruckes, Verringerung und manchmal fast Beseitigung der Rigidität der Arterienwände. Irgendwelche unangenehme bzw. schädliche Nebenwirkungen sind nicht beobachtet worden.

Dr. B. **Bernfeld**, Sambor (Polen).

Ad 21. Homöopathische Gallensteinmittel sind mir nicht bekannt. Wohl aber folgendes „Altweibermittel“, dem ich schon eine hübsche Sammlung grüner und brauner, bis kirschgroßer Steine verdanke. (Ich teile es mit, wie ichs geschrieben fand): Abends 6 Uhr eine Tasse Sennesschotentee, morgens 6 Uhr desgleichen. Morgens 9 Uhr 150 bis 250 g Olivenöl nüchtern innerhalb einer Stunde per os. 9 bis 12 Uhr heiße Umschläge auf die Gallenblasengegend. Patient liegt auf der rechten Seite. 12 bis 3 Uhr heiße Umschläge, Patient liegt auf dem Rücken. 3 bis 6 Uhr Patient liegt auf dem Rücken ohne Umschläge. 6 Uhr zwei bis drei Eßlöffel Rizinusöl. Bei veralteter Cholelithiasis Kur mehrmals wiederholen. Das Mittel ist ungefährlich, aber probat. Dr. P. **Moebius**, Rostock.

Ad 23. Gelenkschwellungen. Die langjährige, in Intervallen auftretende, schubweise verlaufende, mit starken Schmerzen einhergehende

die kleinen Gelenke mit Vorliebe befallende Affektion dürfte eine primäre chronische Arthritis exsudativa sein, die nach Badeprozeduren oft Remissionen zeigt. Die geeignetste Therapie wären Radiuminhalationen, eventuell Radiumsäckchen auf die erkrankten Gelenke applizieren, bzw. eine Radiumkur in Gastein, Joachimstal. Dr. L. **Isler**, Wien.

Ad 25. Kochsalzersatz bei Nephritis. Nach Prof. Schlesinger, Wien, ist Natrium formicicum zum Salzen der Speisen statt Kochsalz bei Nephritikern zu empfehlen. Ich bezog das Präparat von der Krebs-Apotheke, Wien I., Hoher Markt 8. Dr. F. **Tripold**, Abbazia.

Ad 25. Ein gutes Salzersatzmittel für Nephritiker ist nach Professor H. Strauß ameisensaures Natrium, 2 bis 4 g pro die. (Ther. d. Gegenw., 1916, Nr. 8.) Bakteriologe **Lipp**, Neubiberg.

Ad 25. Prof. Kraus (Berlin) empfiehlt besonders das amerikanische Präparat „Valentine's Meat juice", das nur zirka 0.1 bis 1% Na Cl enthält. Ferner ameisensaures Natrium in Tagesdosen von 2 bis 4 g, auch in Mischung mit einem Viertelteil Kochsalz. Auch Bromnatrium kann gegeben werden, eventuell in Form von Sedobrol.

Dr. **Bamberger**, Kissingen.

Ad 25. In Laienabhandlungen und von Kurpfuscherbetrieben wird häufig „Selleriesalz" empfohlen. Dieses Selleriesalz soll aus Sellerieknollen gewonnen und unschädlich sein. Soviel ich aber festgestellt habe, handelt es sich um gewöhnliches Kochsalz, das man an Selleriescheiben hat ziehen lassen. Ob es wirklich ein aus dem Sellerie extrahiertes Speisesalz gibt, dem die Nachteile des Kochsalzes nicht anhaften, entzieht sich meiner Kenntnis. Nephritiker müssen wohl oder übel auf das Salz verzichten. Wir essen sowieso alle viel zu viel Salz. Würden wir nicht so viel Salz gebrauchen, so würden wir uns für manche Speisen wohl bedanken. Das übermäßige Salzen verleitet dazu, weniger wählerisch zu sein. Ich genieße seit 13 Jahren verschwindend wenig Kochsalz und habe dadurch einen viel feineren Geschmack bekommen, von anderen Vorteilen (Abneigung gegen Alkohol usw.) ganz zu schweigen.

Dr. H. **Balzli**, St. Louis (Frankreich).

Ad 28. Hydrops beider Kniegelenke. Es dürfte sich empfehlen, das Gelenkspunktat auf WaR zu untersuchen. Bei negativem Ausfall Alttuberkulin subkutan in den üblichen probatorischen Dosen. Ich denke dabei nicht an eine Tbc., sondern empfehle das Tuberkulin als eines der kräftigsten parenteralen Medikamente. Ich sah zwei Fälle von chronischem Hydrops auf diese Weise restlos abheilen. Bei bestehender Lungentbc. ist besondere Vorsicht notwendig. Dr. **Bamberger**, Kissingen.

Ad 29. Eifersucht. Es ist kein Zweifel, daß die objektiv unbegründeten, hemmungslosen Aufregungszustände neuropathische Wurzeln haben, wenn bloße Erwähnung der fiktiven Geliebten auf die Ehegattin wie das rote Tuch auf den Stier wirkt. Das geschilderte affektive Zustandbild läßt sich nicht anders einordnen als in die Gruppe der hysteriformen Psychasthenien, einer nicht auf anatomisch-histologischen Gewebsveränderungen im Nervensystem beruhenden Neurose. Denn beim Abklingen der episodischen Eifersuchtsanklagen gegen den Gatten erscheint die Frau psychisch frei, einsichtig und sozial im Familienleben. Bei der neurasthenisch veranlagten Frau besteht unverkennbar eine latente überspannte Reaktionsbereitschaft, hohe Neigung zu akuten hysterischen Ausladungen, veranlaßt durch geringfügige endogene Faktoren (Hirnkongestionen, Frigidität u. dgl. m.) oder aufgefangene banale Andeutungen der Umgebung im Alltagsleben. Letztere Einflüsse insbesondere bilden zentral verankerte Kristallisationspunkte für die Phantasie, erzeugen Autosuggestionen, die zu

übermächtigen Affektzuständen und seelisch ungemein quälenden Illusionen führen. Ein identischer Fall steht seit einem Jahr unter meiner Beobachtung. Psychotherapeutischer Weg: Suggerieren usw. hatte keinen Effekt. Erst ein sechswöchiger Ortswechsel ins Gebirge (Besuch zu ihren Eltern) zeitigte so weit beruhigende Gemütseinwirkung, daß die betreffende Frau mit ausgeglichenem, dauernd vorwurfsfreiem Benehmen ihre Hauswirtschaft führt. Oberbezirksarzt Dr. **Tittinger,** Czernowitz.

Ad 29. Psychose. Da von mütterlicher Seite Belastung vorliegt, so ist der Verdacht auf beginnende Dementia paranoides nicht von der Hand zu weisen, zumal diese Form meist schleichend beginnt, die Wahnideen anfangs sehr verborgen gehalten werden, während der Gesamthabitus in psychischer Hinsicht für die entferntere Umgebung nichts auffälliges erkennen läßt. Es bilden sich erst sehr spät systemisierte Wahnideen, die ihrem Inhalt nach sehr dürftig sind, so daß der Schwachsinn bald offenkundig wird. Sie gehen erst sehr spät mit Halluzinationen einher, was eben von Kraepelin als Dementia paranoides bezeichnet und von der Dementia praecox abgetrennt wurde. Beobachtung in psychiatrischer Station erscheint wünschenswert. Dr. L. **Isler,** Wien.

Ad 31. Peritonitis tbc. Zu empfehlen wäre wenn möglich Höhensonne, ziemlich lange fortzusetzen; eventuell Schmierseifenbehandlung. Dr. L. **Isler,** Wien.

Ad 31. Versuchen Sie Rp: Jodi 0.2. Kal. jod.. Alttuberkulin Koch, ana 2.0. Sap. kalin. Vaselini ana ad 20.0. Täglich ein bohnengroßes Stück in die Bauchhaut einreiben. Dazu Heliotherapie (Natursonne oder Quarz) in steigenden Dosen. Bestrahlung des ganzen Körpers. Ferner wöchentlich einmal Tuberkulomuzin Weleminsky subkutan, beginnend mit 1 mg, bei Reaktion auf die Hälfte bis ein Viertel herabgehen, erst nach einigen Injektionen vorsichtig steigern. Bei Magerkeit Strychnotonin subkutan. Wenn Arsen refraktär, Phosphor (am besten Phytin „Ciba").

Dr. R. **Menzel,** Linz-Kleinmünchen.

Ad 32. Die Vorschriften über rituelle Beschneidung sind enthalten im 19. Abschnitt des Traktat Sabbath (I Mischnah) und in Hilchoth Milah des berühmten Religionsphilosophen und Arztes Maimonides (1135 bis 1204). Die von Maimonides aufgestellten Kontraindikationen der Beschneidung, die von den orthodoxen Juden anerkannt und befolgt werden, sind: 1. Frühgeborene Kinder und solche, die nicht säugen können, bis sie kräftiger sind. 2. Schwachentwickelte Zwillingskinder und die durch Kaiserschnitt geborenen, gleich den Frühgeborenen. 3. Druck und Quetschungen nach geburtshilflichen Operationen bis zu ihrer vollständigen Verheilung. 4. Erkrankungen der Geschlechtsteile. 5. Hautausschläge. 6. Akute Erkrankungen bis zum achten Tage nach der Genesung. 7. Augenentzündung, bis die Augen rein sind. 8. Starke Rötung und G e l b f ä r b u n g d e r H a u t. 9. Wenn zwei Kinder einer Frau, gleichviel ob aus derselben oder aus zwei verschiedenen Ehen, an den Folgen der Beschneidung gestorben sind, so sollen alle folgenden Knaben erst beschnitten werden, wenn sie erwachsen, vollkommen gesund und stark sind, um die Operation ohne Lebensgefahr bestehen zu können. 10. Die Beschneidung unterbleibt bei fehlerhafter Bildung und Mangel der Vorhaut, bei Zwittern und nicht entwickeltem Gliede. — Da nun bei jedem Ikterus die Blutgerinnung verlangsamt ist, so kann man auch beim gewöhnlichen Icterus neonatorum die Beschneidung aufschieben, womit jeder Beschneider (Mohel) einverstanden ist. Überhaupt darf nur ein solches Kind beschnitten werden, an dem auch nicht die geringste Krankheit vorhanden ist. „Beschneiden kann man später, aber das Leben läßt sich nicht nachholen", heißt es im Talmud.

Dr. J. **Fels,** Lemberg.

Ad 32. Mir bewährte sich in drei Fällen von Blutungen ein Verband mit einer mit Suprarenin gut befeuchteten Gaze. Ein längliches Gazestück wird mehrmals um das Glied gewickelt, so daß es zugleich als Kompressionsverband dient und 12 bis 24 Stunden belassen. Zeigen sich beim Lösen dieses Verbandes eventuell noch weitere Blutungen (beim Abreißen der Gaze), dann wiederum ein Suprareninverband, später übliche Verbände wie nach jeder Zirkumzision. Dr. R. **Lendes**, Janow, Polen.

Ad 34. Magenbeschwerden mit Meteorismus. Es scheint sich der Beschreibung nach um Achylia gastrica mit gastrogenen Diarrhoen zu handeln. Wir würden vor der Mahlzeit warmes Karlsbader Wasser, nach dem Essen Calcium carbonicum empfehlen. Prof. Dr. O. **Porges**, Wien.

Ad 34. Vermutlich handelt es sich um einen neurogenen Prozeß auf innersekretorischer Basis. Behandlung des Nervensystems. Versuchen Sie abends — möglichst auf leeren Magen — Carbo-Bolusol (Carbo sanguinis + Bolus + Wismuth + Calcium), zwei Teelöffel voll in ¼ l warmen Wasser verrührt. Dazu dreimal täglich nach Frühstück, Mittag- und Abendessen 15 bis 20 Tropfen von Glandescol (Organpräparat der Firma Stickelberger in Basel) in etwas Wasser. Keine blähenden Speisen, keinen Spinat, Kakao, Schokolade, Rharbarber oder Tomaten, Einschränken der Kohlehydrate. Abends keine Eier. Leichte Hydrotherapie. Tonophosphen subkutan. Dr. C. **Doerr**, Meran.

Ad 37. Nebelsche Krebsbehandlung. Wenden Sie sich direkt an Docteur A. Nebel, 5, Boulevard de Grancy, Lausanne, oder an seinen Vertreter Dr. O. Schlegel, Tübingen, Neckarhalde 46, um Auskunft über seine „Onkolysine" und über die sogenannten „Kanalisationsmittel" (Theorie Vannier-Nebel). Es handelt sich um ein spezifisches Verfahren mit Hilfe von Vakzinen, die N. „Onkolysine" nennt. Diese Vakzinen sind Toxine-Antitoxin-Gemische bzw. sensibilisierte Toxine. Das Antitoxin ist vegetabilischen Ursprunges. Die Wirkung der „Onkolysine" wird nach Nebels Angabe durch sogenannte „Kanalisationsmittel" ermöglicht, bzw. gesteigert. Dr. H. **Balzli**, St. Louis.

Ad 40. Krebsproblem. Lesen Sie unbedingt das Werk „Cancer, how it is caused, how it can be prevented" des Engländers Ellis Barker. Ferner empfehle ich die Schrift „Innere Heilkunst" von E. Schlegel, bei Heckenhauer, Tübingen. Dr. H. **Balzli**, St. Louis.

Ad 41. Eine kongenitale Hüftluxation bei einem 20jährigen Mädchen ist natürlich irreponibel. Wir standen bislang derartigen Fällen so gut wie machtlos gegenüber. Seit einigen Jahren besitzen wir jedoch ein Verfahren, das Lorenz ausgearbeitet und als Bifurkation bezeichnet hat und das in einer subtrochantären Osteotomie des Oberschenkels besteht, wobei das obere Ende des distalen Fragmentes in die Pfannengegend eingestellt wird, so daß das Becken eine knöcherne Stütze am Pfannenorte findet. Die Methode ist eine palliative, die sich mit dem idealen Resultat der unblutigen Reposition freilich nicht vergleichen läßt, aber die Resultate sind, namentlich bei einseitigen Fällen, sehr zufriedenstellend. Die Dauer der Behandlung beträgt insgesamt drei Monate. Sie finden auch einiges darüber in meiner kurzen Abhandlung, „Ars Medici" 1923, Nr. 2. — Die Patientin kann der Klinik Lorenz in Wien IX., Allgemeines Krankenhaus, IX. Hof, überwiesen werden. Dozent Dr. J. **Hass**, Wien.

Ad 42. Gelenktbc. Die Möglichkeit einer wenigstens teilweisen Erhaltung der Gelenkfunktion ist gewiß vorhanden. Ob dies aber bei Aufrechthalten der das Gelenk sehr anstrengenden Berufstätigkeit der Fall sein dürfte, ist doch fraglich. Da steht die Sorge um die Ausheilung des Prozesses überhaupt im Vordergrund. Jodnatrium (3 g täglich) verstärkt die Stauungswirkung, doch würde ich von einem „ständigen" Gebrauch

entschieden abraten. — Bei Röntgentherapie sollte jeder Hautreiz vermieden werden, um Röntgenschäden zu verhindern, also auch keine Heliotherapie anwenden. Dagegen würde ich einen abnehmbaren Blaubindenverband zum Versuch empfehlen. Falls trotzdem keine Besserung auftritt, würde ich dringend zu einer Heilstättenbehandlung raten. Die Krankheitsdauer wird wohl viele Monate betragen; sie ist bei Heilstättenbehandlung sicher am kürzesten. Prof. Dr. W. **Denk**, Wien.

Ad 44. Schizophrenie. Der Umstand, daß in einer sonst nicht belasteten Familie ein vereinzelter Fall schizophrenischer Erkrankung vorkommt, kann noch nicht in dem Sinne gewertet werden, daß für alle anderen Familienangehörigen die Gefahr bestünde, schizophrenische Erbanlagen weiter fortpflanzen zu müssen. Wir kennen — trotz vielfacher Arbeiten über den Erbgang der Schizophrenie und trotz der Bemühungen, zumal der Münchener Schule, die Mendelschen Gesetze auch auf die Lehre von der Vererbung der Geistesstörungen beim Menschen zu erstrecken — die Erbgesetze der Schizophrenie noch nicht genügend, um etwas ähnliches sagen zu können. Freilich wäre genau darauf zu achten, ob nicht doch unter den Blutsverwandten näherer Linie wenigstens Psychopathen, bzw. Sonderlinge sich finden; es sind das vielfach leicht Schizophrenische oder doch Schizothyme; dann wäre die Situation doch anders. Von besonderer Wichtigkeit aber ist, daß die künftige Ehegattin seelisch gesund, bzw. aus gesunder Familie sei. Trüge sie selber etwa rezessive psychopathische Anlagen in sich (die demnach bei ihr nicht manifest sein müßten; es wäre ihre nähere Blutsverwandtschaft gründlich zu durchforschen), dann wäre die Gefährdung für etwaige Nachkommen jedenfalls eine weitaus höhere. Aber überschätzen soll man, wie W a g n e r - J a u r e g g betont, das Moment der Belastung ebensowenig, wie man es vernachlässigen darf; die Richtlinien erscheinen oben dargelegt.
Prof. Dr. E. **Stransky**, Wien.

Ad 47. Schrumpfniere. Eine Erleichterung der restlichen Lebenszeit können Sie Ihrer Patientin wohl nur noch durch milde Narkotika verschaffen, z. B. Pantopon-Syrup, 200.0, Lag. orig. Hievon täglich drei Eßlöffel. Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 49. Habituelle Obstipation. Die Obstipation ist nicht mit Laxantien, sondern diätetisch zu behandeln. Zu diesem Zwecke ist der Patientin der Genuß von Schrotbrot oder Grahambrot, von viel Kompott, Feigen, Datteln, gedörrten Pflaumen, von Milchzucker, eintägigem Kefir, Fruchtsäften u. dgl. zu verordnen. Die genauere Zusammensetzung der Diät hängt von der Individualität des Falles ab. Im allgemeinen gelingt es, jede Obstipation diätetisch zu heilen. Ein ähnliches Regime kommt bei dem Kinde in Betracht. Auch Einläufe sind auf die Dauer von Nachteil und pflegen mit der Zeit zu versagen, weshalb sie bei der Behandlung der Obstipation aufgegeben werden müssen. Prof. Dr. O. Porges, Wien.

Ad 49. Sehr oft erreicht man bei habitueller Obstipation, wenn sie sicher auf Atonie beruht, einen Erfolg, wenn man eine schlackenreiche Kost und kein Abführmittel gibt, auch wenn der Stuhl durch acht Tage nicht abgesetzt wird. Ohne Abführmittel tritt aber der Stuhl nach vier bis fünf Tagen oft spontan ein. Der Reiz zur Defäkation wird normal durch den Druck der Kotsäule auf den Sphinkter ausgelöst. Wenn das Rektum durch Abführmittel leer gehalten wird, kann daher selbstredend kein Stuhldrang eintreten. Überzeugen Sie sich digital nach vier bis fünf Tagen über den Inhalt des Rektums. Wenn Sie dasselbe entsprechend gefüllt finden, so weisen Sie die Patientin an, alle drei Stunden sich für zehn Minuten auf das Klosett zu setzen und unter energischer Inanspruchnahme der Bauchpresse den Inhalt des Rektums herauszupressen. Gelingt

das nicht, so helfen Sie am nächsten Tage mit Darmmassage und Glyzerinzäpfchen nach. Ein so erzeugter spontaner Stuhl wirkt auch schon psychisch auf die nächstfolgenden Stühle so günstig ein, daß sie immer rascher aufeinander folgen, bis dann nach ungefähr zwei Wochen der eintägige Typus erreicht ist. Behufs Erhaltung des erreichten Resultates muß der Patientin eingeschärft werden, einen einmal empfundenen Stuhldrang unter keinen Umständen zu unterdrücken und die Absetzung des Stuhles nicht aufzuschieben. Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 49. Versuchen Sie „Normacol" (Hersteller: Kahlbaum, Berlin-Adlershof). Geben Sie der Frau früh nüchtern und abends vor dem Schlafengehen je zwei Teelöffel, dem 3½ jährigen Kinde einen Teelöffel nur abends. Man läßt das Mittel mit etwas Wasser hinunterspülen oder auf Kompott nehmen. Nermacol stellt ein Stuhlregelungsmittel dar, bestehend aus Phytomuzin und einem unlöslichen Pflanzenschleim von starker Quellbarkeit. Ich habe in einem Falle von einer mehr als 30 Jahre bestehenden Obstipation, bei der schließlich alle Laxantien versagten, mit diesem Mittel einen geradezu verblüffenden Erfolg erzielt. Dr. N. **Muhr**, Tittling.

Ad 49. Sehr häufig spielen bei solchen Fällen schwere Ernährungssünden mit, und wenn man diese Ursachen nicht erforscht und abstellt, sind alle Aufwendungen der Apotheke wertlos. In der Behandlung der Obstipation sind Kurpfuscher weit erfolgreicher als wir Ärzte, denn sie wissen sehr geschickte Diätvorschriften zu geben. Wer nicht in gelehrten Vorurteilen befangen ist, muß über die prompten Wirkungen eines richtigen vegetarischen Regimes immer wieder staunen. Unsere Feinkost trägt zu der verbreiteten Obstipation sehr bei. Die Schriftenreihe des Battle Creek Sanitarium Mich. U. St. A. (Dr. Kellogg) gibt Aufschlüsse und Anleitungen, die man in Europa erst sehr wenig kennt. Auch die Schrift „Grundzüge der Ernährungstherapie" (Verlag O. Salle, Berlin) von M. Bircher-Benner verdient ernste Beachtung. Bei Frauen und Kindern muß man stets auch nach Schokoladen- und Kuchenschleckerei fahnden. Dr. H. **Balzli**, St. Louis.

Ad 49. Handelt es sich hier nicht um Megacolon congenitum (Hirschprungsche Krankheit)? Röntgenuntersuchung. Warme Ölklysmen, Glyzerinklysmen, eventuell bei positivem Röntgen Radikaloperation.
Dr. **Lendes**, Janow (Polen).

Ad 51. Arzneimittelbuch. Am besten wird sich wohl dazu Bachems „Arzneitherapie des praktischen Arztes", Verlag Urban & Schwarzenberg, eignen. Dr. R. **Lendes**, Janow (Polen).

Ad 51. Ich empfehle Ihnen den von der Firma Gehe in ihrem eigenen Verlag herausgegebenen „Gehes Kodex", ferner das Buch von Dr. Holfert: „Volkstümliche Namen der Arzneimittel, Drogen und Chemikalien" (Verlag Jul. Springer, Berlin).
Dr. **Orland**, Wesseling (Rhein).

Ad 51. Den Ansprüchen des praktischen Arztes entspricht in dieser Hinsicht vollständig der Leitfaden von Prof. Bachem: „Die Arzneitherapie des praktischen Arztes." Dritte Auflage, Urban & Schwarzenberg, 1923.
Dr. J. **Fels**, Lemberg.

Ad 61. Operationslose Behandlung des Krupps. Siehe „Ars Medici" 1925, S. 23. **Die Red.**

Ad 63. Abklemmung der Parametrien. Zimmermann beschreibt die von Henkel angegebene Methode folgendermaßen: „Entleerung der Blase durch Katheterismus. Eine breite hintere Platte sowie eine schmale, vordere oder seitliche Platte entfalten die Scheide, die Portio wird mit

Collins (einfache Kugelzangen) angehakt und bis vor den Introitus gezogen. Unter starkem Zug nach der einen Seite und Einsetzen des Seitenhalters auf der anderen Seite werden Scheide und Parametrien auf der der Zugrichtung entgegengesetzten Seite stark gespannt und nach abwärts gezogen. Von unten seitlich kommend, wird nun eine Museuxsche Zange möglichst hoch unter Vorstülpung der Scheidenwand in die Muskulatur der Uterusseitenkante eingesetzt und geschlossen. Entsprechendes Vorgehen auf der anderen Seite. Durch Einlegen einiger Tupfer wird die Scheidenwand vor dem Druck der Zange geschützt, um Dekubitus zu vermeiden. Entfernung der Spekula und der Collins. Wenn die Zangen richtig liegen, steht die Portio im Introitus und wird mit steriler Gaze bedeckt. Die Beine müssen zusammengebunden werden, um die Ruhelage der Patientin zu erzwingen, zumal Anämische oft motorische Unruhe zeigen." — Das Verfahren scheint bei richtiger Technik (Einsetzen der Krallenzange in die Uterusmuskulatur!) ungefährlich zu sein. Die erwähnten Instrumente sind überall erhältlich. Aus obiger Schilderung der Technik ergibt es sich, daß es überflüssig und unzweckmäßig ist, die Zangenbranchen mit Gummirohren zu versehen. Prof. Dr. J. **Novak**, Wien.

Ad 68. Tic convulsif. Ein solcher Tic ist, sofern es sich um einen hysterischen Tic handelt, sehr schwer zu beeinflussen. Vakzineurinbehandlung dürfte kaum wirksam sein. Zu versuchen wäre allenfalls eine hypnotische Behandlung. Prof. Dr. E. **Redlich**, Wien.

Ad 70. Phlegmasia alba dolens. Da Ödeme und Schmerzen bereits während der Gravidität aufgetreten sind, wird der Grund in dem überaus großen Druck, den der anscheinend große Uterus (Hydramnios) auf die Iliakalgefäße ausgeübt hat, zu suchen sein. Der fieberfreie Zustand spricht für eine primäre Thrombose ohne Bindegewebsentzündung. Das prädisponierende Moment wäre hier der durch den Druck verlangsamte venöse Blutstrom, das Bild einer Phlegmasia alba dolens mit primärer Venenthrombose. Die Schwellungen sind wohl zum Teil ödematösen Charakters, hauptsächlich aber müssen sie nach der Frageschilderung für eine Hypertrophie der Haut und des subkutanen Bindegewebes angesehen werden, als eine Folgeerkrankung der Lymphgefäße. Das weitere Vorrücken der Schwellungen auf die anderen Partien des Körpers kann in dem sekundären Ergriffensein des übrigen Lymphgefäßsystems liegen infolge weiterer sich anschließender Thrombosierung bis in das Gebiet der Renalis oder in anderen metastatischen Embolien im venösen Gefäßsystem. Die Prognose ist wegen der wahrscheinlich sekundär bestehenden Embolien, bzw. Thrombosen nicht günstig zu stellen. Die Therapie kann nur eine, wie bis jetzt, symptomatische sein. Innerliche Verabreichung von Jod, in irgendeiner Form, könnte versucht werden. Dr. J. **Pok**, Wien.

Ad 72. Aszites. Novasurol kann bei einem Vitium ohne weiters wiederholt gegeben werden. An Medikamenten können eventuell die Diuretika, z. B. Euphyllin auch rektal gegeben werden. Falls auch dagegen Abneigung besteht, kommt kochsalzarme Kost, auch einzelne Karelltage (achtmal 200 g Milch) oder mit nur 1 kg Obst oder Kartoffeln in Frage. Prof. Dr. A. **Müller-Deham**, Wien.

Ad 73. Arthritis deformans. Versuchen Sie eine Schwefelinjektionskur, deren Technik von R. Meyer-Bisch (Göttingen) in der „Klinischen Wochenschrift" 1924 („Ars Medici" 1922, S. 247) eingehend erörtert worden ist. Eventuell wäre Yatren-Kasein zu versuchen. — Pistyan, Trenczen-Teplitz, Joachimstal. Im übrigen fehlen zur Beurteilung des Falles alle Angaben, nicht einmal Geschlecht und Alter des Patienten, geschweige denn Dauer und Verlauf der Erkrankung ist in Ihrer Anfrage angegeben. Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 74. Ulcus duodeni. Ich empfehle den Versuch mit folgender einfachen Therapie zu machen: 1. Eine halbe Stunde vor dem Frühstück, Mittag- und Abendmahl ein halbes Glas heißes Wasser trinken. 2. Zwei Stunden vor und nach dem Mittag- und Abendmahl eine große Messerspitze von folgendem Pulver zu nehmen: Rp. Calami aromatici 0.3, Natrii hydrocarbonici, Magnes. ust. ana 15.0. 3. Gleich nach dem Frühstück, Mittag- und Abendmahle eine Stunde liegen mit einem Prießnitzumschlag rings um das Abdomen; über die Magengegend wird ein Thermophor zwischen die feuchte und trockene Lage gegeben. 4. Diät: zunächst Milch, Milchspeisen, Butter, Eier, sodann allmählich steigend fein faschiertes Kalbfleisch, Fisch, gekochtes Hirn, Kartoffelpurée usw. — Beim Einsetzen von Schmerz ist auch außerhalb der vorhin angegebenen Zeiten eine Messerspitze des empfohlenen Pulvers zu nehmen. Prof. Dr. A. **Pick**, Wien.

Ad 77. Schwellung nach Zahnextraktion. Schwellungen unmittelbar nach der Injektion haben stets ihre Ursache darin, daß es infolge des Anstechens eines Gefäßes zur Hämatombildung kommt. Allerdings resorbiert sich dasselbe nicht so rasch wie in dem geschilderten Falle. Es wäre daher an ein in den Weichteilen der Wange sitzendes Hämangiom zu denken, das infolge der Wärmeapplikation sich ausdehnt und eine Schwellung vortäuscht. Ich empfehle die Angaben der Patientin auf ihre Richtigkeit zu prüfen und zu eruieren, ob nicht schon vorher angioneurotische Ödeme bestanden und warme Umschläge ein solches auslösen können.

Prof. Dr. B. **Klein**, Wien.

Ad 78. Radium. Die Radiumstation des Allgemeinen Krankenhauses in Wien ist ein derartiges Institut, wie es der anfragende Kollege sich vorstellt. Die Radiumemanation wird in Form von wässriger Lösung entweder für Bade- oder Trinkkuren, sowie für Inhalationen angewendet. Verabfolgt werden die Emanationslösungen sowohl für die Patienten der Krankenanstalten, als auch entsprechend Verordnung, bzw. Dosierung eines Arztes an auswärtige Kranke. Die Indikationen für die Emanationskur sind vor allem die verschiedenen Formen von Arthritis chronica sowie bei entsprechender Dosierung auch Anämie; eingehenderes darüber findet man in Falta, „Die Anwendung radioaktiver Stoffe für innere Krankheiten", Verlag Springer, Berlin. Die Bestrahlung mit „Radiumträgern" wird für mittellose Patienten in der Ambulanz der Radiumstation vorgenommen. Gegen Haftpflichterklärung des behandelnden Arztes werden Radiumträger auch an auswärtige Patienten entgeltlich verliehen. — Die Einrichtung eines solchen Institutes kann wohl nur von einem Physiko-Chemiker im Verein mit einem in der Strahlentherapie ausgebildeten Arzte erfolgen. Vor allem ist die Feststellung des anzuschaffenden Radiumquantums auf Grund fachmännischer Berechnung nötig. Radiumsalze belgischer Herkunft sind durch die „Radium Chemie A.-G.", Frankfurt am Main, Kaiserstraße 35, zu beziehen; 1 mg Radiumelement kostet gegenwärtig 50 Dollar. Weitere Ratschläge zu geben, bin ich bereit.

Dozent Dr. A. **Fernau**, Wien.

Ad 79. Die Malariabehandlung der Syphilis ist auch in der Privatpraxis durchführbar. Der Impfstoff (Blut eines Malariakranken) wird von verschiedenen Spitalsabteilungen, z. B. Klinik Finger in Wien, abgegeben. Die Durchführung der Behandlung in der Privatpraxis setzt genaue praktische Kenntnisse voraus, die am besten persönlich in einer der obengenannten Abteilungen erworben werden.

Dr. **Rosner**, Klinik Finger, Wien.

Ad 81. Tachykardie und Zittern. Die Krankheitserscheinungen sprechen für Hyperthyreoidismus. Therapie: Pituitrininjektionen (0.5 g von Parke, David & Co. oder 1 g von Pituglandol). Meist genügen wenige

Injektionen (vier bis sechs täglich oder jeden zweiten Tag subkutan), um die Entzündungen zum Schwinden zu bringen. Die Schilddrüse wird gewöhnlich deutlich größer. Mehl-, Fett- und Gemüsekost. (Vgl. meine Mitteilung. D. m. W. 1915, Nr. 52.) Hofrat Prof. Dr. J. **Pal**, Wien.

Medikamente.

Angiolymphe bei chirurgischer Tbc. Aus dem chir. Ambulatorium des Wiener Jubiläumspitales berichtet J. Rosner über auffallend rasche Schmerzlinderung, Euphorie, Gewichtszunahmen, Rückbildung von Drüsen und Knochenerkrankungen bei Anwendung von Angiolymphe, die alle ein bis zwei Tage zu 2 cm^3 muskulär injiziert, bei Haut-tbc. auch in Form von Umschlägen verwendet wurde. (M. Kl. Nr. 46, 1924.)

Bismogenol in der Sprechstundenpraxis. Krulle (Brandenburg-Havel) berichtet über seine Erfahrungen seit zehn Monaten mit Bismogenol (Tosse) in 35 Fällen von Lues aller Stadien. Es wurden zweimal wöchentlich je 1.0 cm^3 intraglutäal injiziert, bei kräftigen Patienten auch dreimal wöchentlich. Nach 14 Spritzen 8 bis 14 Tage Pause, dann wieder 14 Spritzen, im ganzen also 28 cm^3 = 1.68 Bi. Die Injektionen sind schmerzlos und verursachten niemals Infiltrate oder Stomatitis oder sonstige Beschwerden. Nach vier bis höchstens acht Injektionen schwanden sämtliche äußeren Symptome, also mindestens so rasch wie nach Hg salicyl. Auch der Einfluß auf die WaR war befriedigend. Bei der ambulanten Behandlung bedeutet das Bismogenol für Arzt und Patienten eine große Erleichterung; es erscheint berufen, die unlöslichen Hg-Salze zu ersetzen. (M. Kl. Nr. 46, 1924.)

V. Nagel (Halle a. S.) hat mit Bismogenol nicht annähernd so häufig serologische Rezidive gesehen wie bei der kombinierten Salvarsan-Hg-salicyl.-Kur. (D. m. W. Nr. 37, 1924.)

Die 10%ige Jodtinktur ist erfahrungsgemäß nicht haltbar. Es bilden sich nach H. Valentin (Tilsit) („Pharm. Nachrichten", Verlag Gehe, Dresden) unter Abnahme des Jodgehaltes, Jodwasserstoff, Acetaldehyd, Essigsäure, Jodäthyl usw. Verwendet man außerdem nicht chemisch reines Jod, so ergibt die Tinktur auch Reaktionen auf Chlor und Cyan, die gesundheitschädlich wirken können. Eine haltbare und höchst wirksame Jodtinktur erhält man durch Auflösen von 5% chemisch reinem Jod in einem Gemisch zu gleichen Teilen von 90- und 70%igem Alkohol. In dunklen Flaschen aufzubewahren. Die 10%ige Tinktur bedeutet außerdem eine große Materialvergeudung. Die 5%ige Tinktur hat dieselbe Wirkung, da ein großer Teil des aufgepinselten Jodes verdunstet. (Apotheker-Zeitung Nr. 4, 1925.)

Terpestrolseife. Brünecke (Kinderheilstätte Holstein in Sülzhayn) kam auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Resultat, daß die Einreibungen mit Schmierseife und ebenso die mit Terpestrolseife auf den tuberkulösen Prozeß keinerlei heilenden Einfluß haben. Wohl aber wurden durch Terpestrolseife Bronchitiden günstig beeinflußt, insbesondere die spezifischen Begleitbronchitiden tuberkulöser Prozesse, deren Behandlung ja äußerst wichtig ist. Brust- und Rückenhaut werden zunächst ganz kurz heiß abgewaschen, darauf folgt die gründliche Einreibung mit Terpestrolseife, über die sodann ein feuchter, sehr warmer Wickel gelegt wird, der zwei Stunden liegen bleibt. Die Applikation wird zwei- bis dreimal täglich vorgenommen. Die katarrhalischen Erscheinungen werden auffallend gebessert, die Haut wird — im Gegensatz zur Schmierseife — nicht ge-

schädigt. Bei Kranken mit stärkerer Lungentbc. ist die Dosierung der Wärmegrade der Wickel vorsichtig tastend zu wählen. — Erzeuger: Chem. Fabrik J. Deiglmayr in München. (D. m. W. Nr. 2, 1925.)

Vagintus (Firma Max Elb, Dresden), ein neues Pulver zur Fluorbehandlung stellt ein kolloidales Aluminiumpräparat von saurer Reaktion dar, von welchem Prof. W. Lahm (Staatl. Frauenklinik, Dresden) in 50 Fällen von einfacher Kolpitis auffallend rasche Heilerfolge sah. (M. m. W. Nr. 50, 1924.)

Notizen.

Der XVII. Fortbildungskurs der Wiener med. Fakultät findet vom 15. bis 27. Juni 1925 unter dem Titel „Moderne Therapie" statt. Anschließend vom 30. Juni bis 4. Juli Seminarübungen, Besichtigung der Hygiene-Ausstellung usw. Anmeldungen an den Sekretär Dr. A. Kronfeld, Wien IX., Porzellangasse 22.

Außerdem finden monatlich regelmäßig Spezialkurse über sämtliche Fächer der Medizin statt. Kursprogarmme durch das Bureau der Wiener Ärztekurse, Wien VIII., Schlösselgasse 22.

Im Subabonnement sind pro 1925 bei der Redaktion der „Ars Medici" zu haben: „Deutsche med. Wochenschrift", „Med. Klinik", „Münchner med. Wochenschrift", „Wiener med. Wochenschrift", „Therapie der Gegenwart", „Jahreskurse für ärztliche Fortbildung".

Gute Bücher.

L. Grünwald (München): „Lehrbuch der Kehlkopfkrankheiten und Atlas der Laryngoskopie." Dritte, vermehrte und umgearbeitete Auflage. Mit 112 farbigen Abbildungen auf 47 Tafeln und 35 schwarzen Abbildungen im Text. 312 Seiten. Band XIV von Lehmanns medizinischen Handatlanten. J. F. Lehmanns Verlag, München, 1925. Preis: gebunden Mark 10.—. Dieses im Verhältnis zur prachtvollen Ausstattung und zu der Fülle des Gebotenen ungewöhnlich billige Werk ist namentlich aus didaktischen Gründen zu loben, da auch der Unerfahrene aus den plastischen Abbildungen mit ihrem eingehenden Begleittext bleibende Erinnerungsbilder gewinnen muß. Auch die Untersuchungstechnik ist ausführlich und klar geschildert.

„Dringliche Operationen in der Chirurgie des Landarztes" von Dr. Chr. W. Stieda, Deutscher Verlag, G. m. b. H., Leipzig, 1924, Preis Mark 1.50. In Briefform werden viele Fragen der dringlichen Chirurgie behandelt, die dem Landarzt so oft Schwierigkeiten bereiten. Wenn das kleine Heftchen auch natürlich kein systematisches Lehrbuch ist, so wird der Praktiker viel daraus lernen. Es ist anregend geschrieben und, was darin besprochen wird, steht auf der Höhe der modernen Forschung, so z. B. das Kapitelchen über den paranephritischen Abszeß.

Mitteilungen des Verlages.

Die „Ars Medici" kostet für das Jahr 1925 ganzjährig, portofrei, im vorhinein zahlbar: österr. S 7.—, Mark 5.—, tsch. *K* 36.—, ungarische *K* 80.000.—, Zloty 6.—, Lire 30.—, Dinar 90.—, Lei 250.—, **schweiz.** Franken 8.—, franz. Franken 25.—, schwed. *K* 6.—, dän. *K* 8.—, **norw.** *K* 10.—, holl. fl. 4.—, Dollar 1.50, Shilling 6.—, finn. Mark 60.—, **Lewa** 200.—, estl. Mark 500.—, Lett. Rubel 400.—, Litu 15.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1924, soweit vorrätig) zu obigen Preisen mit 10% Zuschlag.

☛ Sämtliche Jahrgänge der „Ars Medici" stellen ein übersichtliches Nachschlagewerk über alle Fortschritte der Medizin von großem praktischen Werte dar. Sie bilden „eine wahre Fundgrube" des praktischen Wissens und sollten in der Bibliothek keines Arztes fehlen.

Leinen-Einbanddecken 1924 und frühere Jahrgänge österr. S 1.20, tsch. *K* 6.—, Mark 1.—, Franken 1.—, holl. fl. —.50.

Englische Ausgabe der „Ars Medici" ganzjährig Dollar 2.—, Sh. 10.—.

Jahrgang 1924 und 1923 der englischen Ausgabe gebunden zu obigen Preisen mit Zuschlag von 10%.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4903. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.032. — **England:** Midland Bank, Ltd. London E. C. 2. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. — **Holland:** Postgirokonto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. — Postscheckkonto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Österreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13 868 — **Ungarn:** Postscheckkonto in Budapest Nr. 27.510. Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen.

Metalla colloidalia unguentiformia Dr. Reimer

Pasta Argenti Dr. Reimer Unguentum Argenti Dr. Reimer

(cc. 0.5°/₀ Ag. metallic.)

Pasta Bismuthi Dr. Reimer Unguentum Bismuthi Dr. Reimer

(cc. 1.5°/₀ Bi metallic.)

Pasta Cupri Dr. Reimer Unguentum Cupri Dr. Reimer

(cc. 0.5°/₀ Cu metallic.)

Pasta Plumbi Dr. Reimer Unguentum Plumbi Dr. Reimer

(cc. 4.0°/₀ Pb metallic.)

Die Präparate sind lipoidlöslich. Dadurch vermögen sie eine Tiefenwirkung zu entfalten. Sie sind zugleich Sauerstoffüberträger. Die oligodynamische Wirkung der Metalle kann an Orten zur Entfaltung gelangen, die jeder sonstigen chemischen Beeinflussung schwer zugänglich sind.

Die Salben eignen sich nur für die Behandlung in natürlichen oder künstlichen Hohlräumen: Nase, Ohr, Vagina. große Wundhöhlen.

Sonst sind überall die Pasten zu verwenden!

Jede Behandlung wird vorteilhaft mit Pasta Plumbi Dr. Reimer eingeleitet. Tritt bei einer länger dauernden Behandlung mit einem Metallpräparat, etwa nach zwei bis vier Wochen, Gewebsmüdigkeit ein, gehe man auf eine der anderen Pasten über. Bei empfindlichem Gewebe: Röntgenulzera, diabetische, arteriosklerotische Gangrän u. dgl. bleibe man nach Tunlichkeit überhaupt bei Pasta Plumbi Dr. Reimer oder der nächst milden Pasta Bismuthi Dr. Reimer. Auch Pasta Cupri- oder Pasta Argenti Dr. Reimer wirken hiebei oft ausgezeichnet. doch sei man bei deren erstmaliger Anwendung vorsichtig! Die Wahl des Metalles bleibt der Indikationsstellung des Arztes überlassen.

Technik der Anwendung.

Die verhärtete Oberfläche der Präparate wird mit einem Metallspatel oder einem vorn abgerundeten Messer abgehoben. Beim Verbrauch der Präparate soll man immer in horizontaler Schichte bleiben.

Aufgestrichen werden am besten die Präparate in der Weise, daß der zu bestreichende Lappen auf eine feste Unterlage, die mit Papier bedeckt ist, glatt aufgelegt wird. Das Präparat wird mit Metallspatel oder Messer in langen, gleichmäßigen Zügen auf altes, weiches Leinen oder auf Kaliko messerrückendick aufgetragen.

Damit wird die erkrankte Gegend und auch ihre weitere gesunde Umgebung gedeckt. Von unumgänglicher Wichtigkeit ist häufiger Verbandwechsel, da es durch die Präparate zu einem dicht abschließenden Verband kommt und somit das zwischen Gewebe und Präparat sich sammelnde Sekret eine Mezerationsdermatitis erzeugen oder den Heilungsverlauf schädlich beeinflussen könnte. Bei starker Sekretion Verbandwechsel täglich dreimal (zuweilen noch öfter), dann zweimal, schließlich einmal. Bei längerem Liegen (als Verband nämlich) erschöpft sich die Wirkung der Präparate. Wenn der mit Präparat bestrichene Lappen aufgelegt ist, kommt darüber eine dünne Schichte Watte oder Zellstoff um ein Beschmutzen des Verbandes oder der Wäsche zu verhüten, sodann gewöhnlicher Bindenverband.






AFUMIX

ARS MEDICI

Wien, am 15. April 1925.

Interne Medizin.

Zur spezifischen Behandlung der Aortenlues

rät Doz. H. Elias (Wien) zuerst Herstellung der Kompensation des Kreislaufs und dann Beginn mit einer Schmierkur, wenn Pat. noch nie spezifisch behandelt wurde, um eventuell zerebrale Herxheimer-Reaktion zu vermeiden. Dann erst Neosalvarsan in kleinen Dosen, zunächst 0.05, allmählich auf 0.15, eventuell 0.3 ansteigend, zwei Injektionen wöchentlich, bis im ganzen zirka 4 g Neosalvarsan verabfolgt wurden. (W. kl. W. Nr. 3. 1925.)

Chronische Malaria und Darmparasiten.

I. David und I. Ségal fanden unter 52 chronisch Malariakranken 48mal (= 92%), unter 28 frischen Malariafällen 15mal (= 54%) Darmparasiten im Stuhl, und zwar weitaus am häufigsten Trichocephalen. Entweder disponiert somit chronische Malaria zu Darmparasiten oder begünstigen diese die Chronizität der Malaria. Jedenfalls konnte nach Beseitigung der Trichocephalen (Chloroformemulsion in Rizinusöl, Thymol) der Verlauf früher chininresistenter Malaria außerordentlich günstig beeinflußt werden. Der Nachweis der Wurmeier im Stuhl ist sehr einfach: Man mischt eine kleine Stuhlprobe mit physikalischer Na Cl-Lösung und mikroskopiert; findet man nichts, so läßt man den Stuhl mit 30% Na Cl-Lösung vier Stunden stehen, worauf sich die spezifisch leichteren Eier an der Oberfläche sammeln. (Presse méd. Nr. 23. 1924.)

Gallensteinkolik — duodenale Behandlung.

Die Forschungen der letzten Jahren haben den Gallenentleerungsreflex aufgedeckt, der vom Dünndarm aus durch Eiweißabbaukörper (vor allem Pepton), ferner durch Fette (besonders Eigelb und Olivenöl) ausgelöst werden kann. In den letzten beiden Jahren wurde die bedeutsame Rolle erkannt, die der Oddische Sphinkter bei diesen Vorgängen spielt. Therapeutisch hat Stepp durch Einführung von Pepton und Lyons durch Einführung von 25% Magnesiumsulfat direkt in das Duodenum den Gallenabfluß zu fördern und so das Gallensteinleiden zu bessern versucht („Ars Medici" 1923, S. 407). Nun teilt Prof. Allard (Marienkrankenhaus Hamburg) mit, daß er auf Grund dieser unserer Erfahrungen dazu übergegangen ist, auch im akuten Anfall statt der üblichen Narkotika und Palliativa die kausal wirkende duodenale Therapie anzuwenden, die ja Aussicht bietet, den Stein selbst schnell zu entfernen. Er führte die Duodenalsonde ein und gab durch diese einen Einlauf von mindestens 300 cm³ 50%iger Magnesiumsulfatlösung (38°). Bald nach Beginn des Einlaufs wurden 0.04 g Papaverin intramuskulär (in einzelnen Fällen venös) injiziert. Waren die Schmerzen stark, wurde auch die Papaverininjektion wiederholt oder auch nach Ablauf einer möglichst langen Zeit 1 mg Atropin subkutan gegeben. Heiße Kataplasmen wurden natürlich angewandt. War trotz alledem hie und da die Schmerzlinderung nicht genügend, so wurde statt der Opiumderivate lieber Skopolamin injiziert.

In allen Fällen verstärkten sich bald nach Beginn des duodenalen Einlaufes die Schmerzen, worauf die Patienten hinzuweisen sind, dann aber trat in allen sechs behandelten Fällen (alle waren schwer, drei hatten wochenlang bestehenden Choledochusverschluß) Schmerzlinderung ein, und — was die Hauptsache ist — nach ein bis zwei Tagen wurden stets mehr oder minder große Gallensteine mit den Faezes entleert. — Auch auf die bald nach der duodenalen Behandlung einsetzenden wässerigen Durchfälle ist der Kranke vorher hinzuweisen. Bei bestehendem hartnäckigen Fieber gab Verfasser vor der obigen Behandlung noch eine venöse Injektion von Athophan (in Form des „Ikterosan" der Fa. Schering), da dieses Mittel gallenflußerzeugend und antiphlogistisch wirkt. (D. m. W. Nr. 50, 1924.)

Die „Haffkrankheit"

(„Ars Medici" 1925, S. 10) ist wahrscheinlich eine Gasvergiftung, verursacht durch die ins Frische Haff gelangenden Abwässer diverser Zellulosefabriken Königsbergs. Die Prognose ist gut, die schweren Symptome dauern nur ein bis zwei Tage. Rezidive traten nur bei jenen Fischern auf, die wieder aufs Haff hinausfuhren.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft (Dezember 1924) machte Lentz weitere Mitteilungen. Im ganzen erkrankten bisher 450 Leute, meist Fischer, ausschließlich am frischen Haff. Mit Eintritt des Frostes ist die Krankheit erloschen. Die Fischer sind in eine gewisse Notlage geraten, da sie nicht mehr wagen, zum Fischfang hinauszufahren. Die benachbarten Zellulosefabriken verwenden Schwefelkies mit hohem Arsengehalt. Es gelangen täglich etwa 100 kg Arsen ins Wasser des Haffs. Besonders jene Fischer erkrankten, die des Morgens noch in dem auf dem Wasser liegenden Dunste fischten und am intensivsten jene, die gebückt arbeiteten. Das Salzwasser aus der Ostsee begünstigt die Entstehung von As-haltigen Gasen. Die in Fäulnis geratenen Algen enthalten einen Pilz, der Arsenwasserstoff entwickelt. Der Haffschlamm enthält 2.2 bis 2.5 mg As pro Kilogramm. (Ref. M. Kl. Nr. 51, 1924.)

Hypertonie und Arteriosklerose.

S.-R. Wahle (Bad Kissingen) konstatiert seit Jahren, daß bei Leuten mit Adipositas, Auftreibung des Abdomens, Leberschwellung, Zwerchfellhochstand, Blutdruck 150 bis 180 mm Hg, also sogenannten Plethorikern, der Blutdruck nach einigen kräftigen Hustenstößen plötzlich für mehrere Minuten um 20 bis 30 mm regelmäßig absinkt, während bei ausgesprochener Arteriosklerose ein derartiger Abfall nicht stattfindet. Dieses Zeichen kann also differentialdiagnostisch verwendet werden. Durch den Husten wird das Zwerchfell heruntergedrängt und die großen Gefäße werden dadurch entlastet. Bei positivem „Hustensymptom" ist der Erfolg der Bade- und Trinkkur stets günstig. (M. m. W. Nr. 52, 1925.)

Zur Behandlung der nervösen Verdauungsstörungen.

Von Prof. Alois Pick (Wien).

Viele Patienten müssen förmlich wieder erst essen lernen. Im allgemeinen sind häufige und kleine Mahlzeiten ohne Suppe zweckmäßig. Auch schwerer verdauliche Speisen sind zu gestatten, wenn sie dem Patienten schmecken und gut vertragen werden. Milch wird durch Zusatz von Kakao, Kochsalz, Kognak o. dgl. verträglicher. Fleisch gebe man zunächst als fein gehackten Braten, Gemüse in Püreeform. Vor und nach den Mahlzeiten mit warmem Umschlag am Abdomen liegen! Beruhigend auf die Magenfunktion wirken Einpackungen oder Halbbäder von 26 bis 24°, später abgekühlt auf 22° mit Begießungen und Waschungen; ebenso Para-

disation: auf die Magengegend kommt eine breite Elektrode, die Gegenelektrode zuerst auf das linke, dann auf das rechte Hypochondrium, Strom allmählich bis zur Verträglichkeit ohne Schmerzen steigern und nach einigen Minuten ausschleichen. Auch die Galvanisation (Anode auf das Epigastrium) wird empfohlen.

Medikamentös: Rp: Menthol 0.3, Natr. hydrocarbon., Magn. ust. ana 15.0. Nach den Mahlzeiten, sechsmal täglich eine breite Messerspitze in Oblaten. Durch die Alkalien wird der Magen ruhiggestellt, überschüssige Säure neutralisiert, durch das doppeltkohlensaure Natron außerdem mit der freiwerdenden CO_2 die im Magen befindliche Luft durch Aufstoßen herausbefördert. Das Menthol anästhesiert die Magenschleimhaut. Ebenso verordnet man Bismutpräparate: Rp: Bismuth. salicyl. 2.0, Natr. hydrocarb., Magn. ust. ana 15.0. S. sechsmal täglich eine Messerspitze in Oblate.

Bei nervöser Hypochylie ist es zweckmäßig, vor den Mahlzeiten eine kräftige Fleischbouillon zu nehmen. Brennende Schmerzen wie bei Hypersekretion, beruhen auf Säurehyperästhesie schon gegen ganz geringe Säuremengen; in solchen Fällen gibt man während der Mahlzeiten Salzsäure und Pepsin und zwei Stunden später Papayotin und Alkalien.

Gegen nervöse Hypersekretion morgens nüchtern oder vor jeder Hauptmahlzeit 1 bis 2 dl heißes Wasser trinken, ferner Rp: Calami aromatici 0.3, Natr. hydrocarb., Magn. ust ana 15.0. S. Je eine große Messerspitze nach dem Essen und zwei Stunden später. Oder nach Mendel Rp: Natr. phosphor. sicc. pulv., Natr. sulfur. sicc. pulv. ana 25.0, Natr. hydrocarbon. 40.0, Natr. citric. 10.0. S. eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten einen Kaffeelöffel in einem Weinglas heißen Wassers. Bei Obstipation morgens nüchtern ein halbes Glas Bitterwasser mit einem halben Glas Wasser verdünnt unter Zusatz von einem Kaffeelöffel Natr. bicarb. Diät: Keine Fleischsuppen, keine reizenden Gewürze, kein Alkohol, Rauchverbot; frische Butter zu den Mahlzeiten.

Gegen Motilitätsneurosen und Ptosen Kräftigung der Bauchwand durch Massage, Gymnastik, Elektro- und Hydrotherapie; vegetabilienreichere Kost. Antifermentativa: Rp: Creosoti 0.05, Sacch. lact. 0.3. M. D. S. In Gelatinekapseln. Dreimal täglich eine Kapsel nach dem Essen. Oder ebenso Rp: Creosot. carbon. 0.1; oder Rp. Menthol 0.05, Bismuth. salicyl. 0.1, Natr. hydrocarb. 0.4. S. dreimal täglich in Oblaten nach den Mahlzeiten. Auch Calc. chlorat. crist. pur. 100:500 (dreimal täglich einen Kaffeelöffel während der Mahlzeiten) oder Tierkohle im Wasser (bei Obstipation in Bitterwasser morgens nüchtern) mit etwas Alkoholzusatz wirken antifermentativ. Das Kreosot wirkt auch gegen anaphylaktische Vorgänge. Kräftige Kontraktionen der Bauchmuskeln erzielt man durch folgende Technik der Faradisation: Eine breite Griffelektrode über dem linken Hypochondrium, die andere über der Magengegend, dann auch über tieferen Bauchpartien; Sekundärrolle rasch hin- und herbewegen. Diät: In schweren Fällen breiige, sonst gemischte Kost in kleineren Mahlzeiten, alles Blähende vermeiden, Flüssigkeit mäßig einschränken. (W. m. W. Nr. 51, 1924.)

Diät bei Nephritis.

Dozent V. Kollert (Wien) empfiehlt bei akuter Nephritis im Stadium der Oligurie mit urämischen Symptomen nach v. Noorden durch einige Tage ausschließlich ½ l 10% Zuckerwasser oder Fruchtsaft, dann Zulagen von süßen Früchten, weißem Mehl, Reis, salzarmer (= gewaschener) Butter; nach Besserung der urämischen Symptome zwei Eidotter, nach Besserung der Diurese salzarme Gemüse; geringe Mengen

Milch, Flüssigkeitszufuhr stets der Diurese entsprechend; nach Schwinden der urämischen Symptome 50 bis 100 g gekochtes Fleisch täglich, jedoch keine Innereien wie Leber, Hirn, Niere, Bries usw.

Bei chronischer N. ist Unterernährung zu vermeiden, nierenreizende Stoffe (Paprika, Senf, Wild mit haut-goût usw.) sind zu verbieten, Flüssigkeits-, Salz- und Fleischzufuhr der individuellen Toleranz anzupassen. Bei drohender Urämie vorsichtig Hunger- und Zuckertage, wie oben. Bei Hochdruck (Nephrosklerose) Mäßigkeit in Trank und Speise, vorübergehend Trockenkost; zweckmäßig zunächst fleischfreie Gemüse- und Mehlspeisenkost, erst nach Wochen oder Monaten nur mittags jeden zweiten Tag etwas gekochtes Fleisch, Flüssigkeitseinschränkung, reichlich Obst, namentlich kalifornische Pflaumen (Stuhlregulierung). (W. kl. W. Nr. 2, 1925.)

Niere und Herz.

Bei der akuten Nephritis soll man nach den Ausführungen Prof. H. Eppingers an einem Wiener Seminarabend stets auch mit einer kardialen Komponente rechnen und am besten von vornherein Digitalis verordnen. Hypertonie und Ödeme (namentlich Hydrothorax bei Röntgenuntersuchung) können schon vor der Albuminurie auftreten, wie man sich leicht bei Nierenkomplikationen in Scharlachepidemien überzeugen kann. Ein Beispiel: Ein Knabe geht vormittags in die Schule, bekommt daselbst einen Husten und wird deshalb vom Lehrer nach Hause geschickt. Um 2 Uhr nachmittags tritt Lungenödem auf und zwei Stunden später Exitus. Die sanitätspolizeiliche Obduktion ergibt akute Nephritis, in deren Beginn bereits Hypertonie bestand, die zu Insuffizienz des linken Ventrikels und damit zum Lungenödem führte. Auch Schmerzen in der Leber und Dyspnoe bei akuter Nephritis sind durch Herzschwäche und nicht durch Urämie bedingt.

Noch deutlicher ist das kardiale Moment bei der chronischen Nephritis. In nahezu 80% sind die Ödeme eher kardial als renal bedingt; das wichtigste Diuretikum ist daher die Digitalis, die allerdings energisch dosiert werden muß. Oft sieht man erst nach 4 bis 5 g eine gute Wirkung. Ein Frühsymptom der Herzinsuffizienz bei chronischen Nierenkranken ist die Nykturie. Auch hier sind urämische Symptome oft kardial bedingt. Namentlich bei der Schrumpfniere liegt die Hauptgefahr im Versagen des Herzens. Digitalis verordnet man am besten in Form der titrierten Pulver; bei Stauungsleber als Infus 1.0: 180.0, das man auf die Hälfte konzentrieren läßt und mehrmals täglich in Dosen zu 30 g mittels Gummikatheters und Spritze rektal verabfolgt. Bei bedrohlichen Zuständen ¼ mg Strophantin mit phys. Na Cl verdünnt langsam venös (in dieser Dosis ungefährlich auch bei vorheriger Digitaliskur).

Die paravertebrale Injektion

einer ½%igen Novokain- oder ¼%igen Tutokainlösung im richtigen Segment ist nach Prof. J. Pal (Wien) auch therapeutisch wertvoll, da sie nicht nur die Schmerzleitung blockiert, sondern auch im Gegensatz zum Morphium durch Herabsetzung des Muskeltonus im Erfolgsorgan krampflösend wirkt, somit die Schmerzursache beseitigt. Wir sehen z. B. bei Cholelithiasis nach Novokain paravertebral im X. Dorsalsegment (= IX. Dornfortsatz) nicht nur sofortiges Sistieren der Schmerzen, sondern auch völlige Entspannung der vorher deutlich palpablen und empfindlichen Gallenblase, während diese nach Morphium meist unverändert bleibt. Deshalb ist es, nebenbei bemerkt, zweckmäßig, das Morphin mit Atropin (besser Novatropin) zu kombinieren oder ein Opiumpräparat zu

injizieren wegen seines Papaverin- und Narkotingehaltes. Die Herabsetzung der kinetischen und tonischen Funktion der glatten Muskulatur durch die paravertebrale Injektion kann auch das rasche Abklingen eines mechanischen Ikterus bewirken (Blockierung des Sympathikus). Die paravertebrale Injektion im richtigen Segment ist ferner oft erfolgreich beim sekundären Gastrospasmus (z. B. bei Tabes, Gallenstein- oder Nierenkoliken), Bronchialasthma, bei der Aortalgie und Angina pectoris. Hier kann ihr Erfolg auch über den voraussichtlichen Effekt einer eventuellen Operation am Sympathikus orientieren. Auch hier hat die p. Inj. nachhaltige Wirkungen zu verzeichnen, ohne jemals zu Funktionsstörungen des Herzens geführt zu haben. (W. kl. W. Nr. 52, 1924.)

Proteinkörpertherapie mit Aktopropin.

Aktopropin (Sanabo-Chinoin-Werke, Wien) ist eine sterile, bakteriologisch geprüfte Lösung chemisch reinen Kaseins mit 4% Kaseingehalt, vom Fett völlig befreit. Das Mittel kann daher venös oder muskulär verabfolgt werden und verursacht keine Schmerzen. Die Dosierbarkeit ist eine genaue. Müllern (Vorstand des int. Heeresambulatoriums) erzielte mit Aktopropin gute Erfolge bei chronischem Gelenkrheumatismus, wenn Heißluft und Medikamente versagt hatten. Er injizierte jeden zweiten Tag ansteigend 1 bis 5 cm³ der Lösung. Nach anfänglicher Verstärkung der Schmerzen (Herdreaktion) schwanden diese bald. Wo völlige Schmerzfreiheit nicht erreicht werden konnte, wirkten nach der Aktopropininjektion Salizylate sofort schmerzstillend. Auf diese Verstärkung der Salizylatwirkung durch Proteinkörpertherapie hat schon Edelmann („Ars Medici“ 1924, S. 438) hingewiesen. — Weiter wurden mit Aktopropin gute Resultate erzielt bei alten Ischiasfällen, Mastdarmgeschwüren, Ulcus ventriculi. (W. m. W. Nr. 5, 1925.)

Stenokardieartige Brustschmerzen

werden häufig durch Zwerchfellhochstand, Hyperazidität und allgemeine Nervosität ausgelöst. Namentlich an erstere Ursache soll gedacht werden, wenn negative WaR, Blutdruck unter 150 mm, Fehlen von Alkohol- oder Nikotinmißbrauch, normaler Befund an der Aorta und den peripheren Gefäßen wirkliche Angina pectoris ausschließen. (A. Bleier, W. m. W. N. 47, 1924.)

Therapeutische Notizen.

Von Prof. Aufrecht (Magdeburg).

Akuter Gelenkrheumatismus: Diplosal ist ein wirksames Salizylpräparat fast ohne Nebenwirkungen. Man gibt am ersten Tag viermal zwei Tabletten à 0.5, am zweiten Tag dreimal zwei; am dritten Tag aussetzen, dann eventuell ebenso wiederholen. In protrahierten Fällen ist Chinin. hydrochlor., zweimal täglich 0.5 durch mehrere Tage, oft von überraschendem Nutzen.

Zur Arsenbehandlung: Am besten bewährt sich folgende Verordnung: Rp: Acid. arsenic. 0.3, Ferri reducti 5.0, Pulv. rad. Gentian. 4.0, Extr. Gentian. qu. s. ut f. pil. Nr. 100. D. S. Zweimal täglich zwei Pillen nach dem ersten Frühstück und nachmittags nach dem Kaffee oder Tee zu nehmen.

Die trockene und mit Borken belegte Mundschleimhaut bei anhaltendem Fieber (z. B. Typhus) bepinselt man am besten ausgiebig mit reinem Glyzerin.

Soor beseitigt man durch Abreiben der Schleimhaut mit einem weichen Leinen, das mit einer konzentrierten Lösung von Natr. borac. befeuchtet ist. — Bei sehr reichlicher Soorentwicklung (eventuell bis in den

Ösophagus) gibt man das Natr. borac. innerlich, 8 g auf 200 g Aqu. dest., zweistündlich einen Eßlöffel. Der Belag schwindet nach Verbrauch von zwei Flaschen.

Pruritus vulvae: Spülungen und Umschläge (zwischen den Labien) mit Borsäurelösung 30:1000.

Holzsplitter unter den Fingernägeln, die mit der Pinzette nicht mehr gefaßt werden können, kann man noch schmerzlos und unblutig entfernen, wenn man die Nagelfläche über dem Splitter in mikroskopisch dünnen Flachschnitten abträgt, bis der vordere Teil des Splitters für die Pinzette erreichbar ist.

Tinct. Chinae compos. verordne man zu einem bis zwei Teelöffeln mit einem Eßlöffel eine halbe Stunde vor den Mahlzeiten.

Acid. hydrochlor. hingegen in dosi refracta (1.0:200.0 Wasser mit 20.0 Syr. simpl., zweistündlich einen Eßlöffel).

Die Reposition einer Leistenhernie nach 18stündiger Einklemmung bei einer alten Frau gelang in Knie-Ellenbogenlage nach einem Einlauf von über 1 l warmen Wassers in dieser Lage. (M. Kl. Nr. 49, 1924.)

Über Tropenkrankheiten

sprach Prof. Nocht (Hamburg) am VI. Internationalen Fortbildungskurs in Karlsbad. Die Tropenkrankheiten können auch in der gemäßigten Zone auftreten. Nicht alle sind direkte Klimawirkungen, manche werden durch dasselbe nur begünstigt. Gegen die meisten tropischen Infektionskrankheiten besitzen wir spezifisch wirksame Heilmittel, so das Chinin gegen Malaria, Bayer 205 gegen die afrikanische Schlafkrankheit, Tartarus gegen die Leishmaniosen und Bilharziosen, Arsenobenzole gegen die tropischen Rekurrensformen und die Frambösie, Emetin und Yatren gegen die Amöbenruhr.

Bei Malaria ist es oft notwendig, mit Arsen und Eisen (Trinkkuren) zu kombinieren. Provokationskuren nützen nichts. Ein großer Heilfaktor ist jedoch die Sonne, obwohl sie auch provokatorisch wirkt. Die chronische Malaria wird häufig mit Endocarditis lenta, Drüsentbc., Cholezystitis, alter Lues mit chronischem Fieber, Blasenleiden usw. verwechselt.

Bei der Tropenanämie wird die Bluterneuerung durch das Tropenklima sogar begünstigt. Die Leberentzündungen (Tropenleber) werden durch Emetin gebessert; wenn aber Leberabszesse auftreten, so soll man mit der Operation nicht zögern.

Sehr häufig sind Verdauungskrankheiten, vor allem Obstipation, die durch Trink- und Bäderkuren gebessert werden. Nur gegen die Sprue, jene merkwürdige, unter den Weißen in den Tropen auftretende Darmerkrankung mit Gärungsdurchfällen, Leberverkleinerung und Atrophie der Zungenschleimhaut erreicht man mit Trinkkuren nichts, wohl aber mit Milchdiät und Fruchtkuren.

Sehr verbreitet sind auch Blasen- und Nierenleiden, namentlich gonorrhoischer Natur.

Auf das Nervensystem wirkt die Tropensonne zuerst anregend und schafft das Gefühl erhöhter Lebensfreude, dann aber folgt eine Erschlaffung. Die Tropen machen die Haut sehr empfindlich und schaffen leicht bei Wiederkehr in die Heimat rheumatische Beschwerden. Deshalb sollte zunächst eine sonnige Gegend aufgesucht werden, um den Übergang nicht allzu krass zu gestalten. (Die Ther. d. Gegenw., November 1924.)

Die Diagnose der Wut bei Tieren

ergibt sich nach I. Michalka (Staatl. Tierimpfstoffgewinnungsanstalt in Mödling, N.-Ö.) am sichersten und raschesten aus dem Krankheitsverlauf,

der in acht bis zwölf Tagen zum Tode führt. Es empfiehlt sich daher, die wutverdächtigen Tiere nicht zu töten, sondern unter strenger Überwachung zu beobachten. Meist sieht man 1. ein Prodomalstadium durch ein bis zwei Tage: launenhaftes, mürrisches Benehmen, Gereiztheit, Schreckhaftigkeit, Salivation, die Tiere verschmähen das Futter, nehmen hingegen allerhand unverdauliche Stoffe (Holz, Steine, Stroh usw.) auf, der Geschlechtstrieb ist gesteigert; 2. ein Exzitationsstadium (fehlt bei der stillen Wut) durch drei bis vier Tage mit Beißsucht, Drang zum Entlaufen, Veränderung der Stimme. Die Hunde verbeißen sich ohne zu bellen in vorgehaltene Stäbe, wobei sie sich eventuell die Zähne ausbrechen; 3. das paralytische Stadium mit Lähmung des Unterkiefers, der Zunge (Herabhängen derselben), der Augen, des Schweifes, der Hinterbeine.

Muß ein wutverdächtiges Tier getötet werden, so darf das nicht durch Kopfschuß oder Erschlagen geschehen, da das zur histologischen Untersuchung und zum Tierversuch wichtige Gehirn nicht beschädigt werden darf. Man sendet den ganzen Kopf zusammen mit einem Stück Hals, grob abgefleischt und in einem mit 4% Formalinlösung getränkten Lappen eingehüllt an die Untersuchungsstelle (in Österreich an obige Anstalt oder an das pathologisch-anatomische Institut der Tierärztlichen Hochschule in Wien). (Seuchenbekämpfung, H. 5/6, 1924.)

Neurologie und Psychiatrie.

Über neue therapeutische Versuche bei endogenen Psychosen

berichtet Prof. R. Weichbrodt (Frankfurt a. M.). Es ist schon lange besonders französischen und englischen Autoren aufgefallen, daß bei endogenen Psychosen keine chronischen Gelenkerkrankungen vorkommen (Bericht von E. Mendel, D. Arch. f. klin. Med., Bd. 89). Ja, bei Auftreten von Gicht sollen Psychosen geschwunden sein, anderseits sollen endogene Psychosen gichtische Erkrankungen abgelöst haben. Knauer hat aus der Kraepelinschen Klinik ähnliche Erfahrungen berichtet. Rein empirisch hat Verfasser nun die Salizyltherapie bei endogenen Psychosen versucht und immerhin auffallend gute Resultate erzielt: Beruhigung von Manischen, Schwinden der Halluzinationen für Wochen und Monate. Er injiziert täglich zweimal je 10 cm³ einer 20%igen Lösung von Natrium salicylicum intravenös, etwa fünf Tage lang, und wiederholt dann die Injektionen erst wieder bei neuerlichem Einsetzen der Halluzinationen. Auf der Suche nach einem ähnlichen für intramuskuläre Applikation geeigneten Mittel kam Verfasser auf die Chinolinpräparate; das brauchbarste von ihnen ist das Hexophannatrium, von dem man täglich 3 g (in 10%iger Lösung) subkutan oder muskulär verabfolgen kann; die erste Injektion verursacht zwar hie und da Erbrechen und Durchfälle, die weiteren Injektionen werden aber dann gut und insbesondere ohne Nierenschädigung vertragen. Der Vorteil der Therapie liegt auch besonders darin, daß die Kranken am Tage wach bleiben und ihre Mahlzeiten einnehmen, nachts aber meist ohne Schlafmittel schlafen (nur in den ersten beiden Nächten sind Schlafmittel notwendig, da die Wirkung der Injektionen erst nach drei Tagen auftritt). Weeber hat übrigens kürzlich (M. Kl. Nr. 50, 1924) über ähnliche Versuche mit Atophanyl berichtet, doch ist dieses Mittel teuer und in den für Psychosen notwendigen hohen Dosen (10 cm³) auch nicht ganz harmlos. (D. m. W. Nr. 5, 1925.)

Zur konservativen Behandlung der Hirntumoren.

In der Gesellschaft der Ärzte in Wien stellte Prof. H. Schlesinger eine Frau vor, bei der die Symptome eines basalen Hirntumors mit Schädigung sämtlicher Hirnnerven links von II bis XII, rechts von III, V und VI durch Röntgenbestrahlung weitgehend gebessert wurden. Bei einem anderen Patienten, der wegen inoperablen Tumors des oberen Halsmarks bestrahlt wurde, hält die völlige Remission bereits dreieinhalb Jahre an.

Solche Remissionen dürfen freilich noch nicht als Heilungen angesehen werden. Prof. E. Redlich erinnert an die Jodtherapie Wernickes, bei der gleichfalls andauernde Remissionen beobachtet werden (8 bis 10 g JK pro die). So gelang es, einen Hypophysentumor durch Jod anscheinend völlig zum Schwinden zu bringen; nach einigen Jahren traten aber wieder Tumorsymptome auf. Auch durch Hg-Behandlung gelang es unter anderm die Symptome eines (wie spätere Obduktion zeigte) Endothelioms in der Gegend der Zentralwindungen völlig zum Schwinden zu bringen. Im allgemeinen ist die Prognose der Hirntumoren freilich sehr traurig.

Auch Czepa hat einige auf Röntgen gut reagierende Fälle gesehen. So schwand ein Felsenbeintumor bei einem jungen Burschen spurlos. Auch eine komplette Querschnittslähmung infolge eines Rückenmarktumors ging völlig zurück. (W. m. W. Nr. 45, 1924.)

Ischias — Diagnose und Behandlung.

Von Prof. P. Schuster (Berlin).

An Ischias ist zu denken, wenn die geklagten Schmerzen sich an den Verbreitungsbezirk des N. ischiadicus halten und der objektive Befund sonst ein im wesentlichen negativer ist, das heißt keine Zeichen von Affektion der Knochen, Gelenke und Weichteile und auch keine Zeichen von Neuritis (Muskelatrophie, Lähmung, Veränderung der elektrischen Erregbarkeit) gefunden werden. Der Schmerz sitzt also im Gesäß und geht von hier auf der Beugeseite des Oberschenkels hinunter zur Beuge- und Außenseite des Unterschenkels und bis in die Sohle oder bis auf den Fußrücken. Oft beschränkt er sich auf einen Teil des genannten Gebietes und betrifft dann nur den Ober- oder den Unterschenkel. Der Schmerz ist nicht der paroxysmal einschießende der Trigeminusneuralgie oder der tabischen lanzinierenden Schmerzen, sondern er ist ein mehr dauernd anhaltender, an- und abschwellender; die Kranken schildern ihn als ein breite Muskelmassen durchziehendes brennendes Reißen und Wühlen. Er wird durch Bewegungen meist nicht verstärkt, ist im Gegenteil in völliger Ruhe oft schwerer erträglich als im Umhergehen. Ist der Schmerz maximal, so daß der Kranke andauernd laut jammernd und schreiend daliegt, so ist weniger an Ischias als an einen Tumor des Beckens, des Rückenmarks oder der Wirbelsäule, Karies u. dgl. zu denken. Der Ischiasschmerz ist überhaupt meist nicht ununterbrochen tage- und wochenlang anhaltend, sondern neigt eher zu Remissionen. Nur Bewegungen, die den Nervenstamm am Oberschenkl und die umgebenden Muskeln spannen oder zerren, rufen bei Ischias heftigen Schmerz hervor; so wenn man in Rückenlage des Kranken das im Hüftgelenk passiv stark gebeugte Bein gleichzeitig im Kniegelenk streckt, oder wenn man dem aufrecht mit gestrecktem Knie dastehenden Patienten aufgibt, den Rumpf stark vornüber zu beugen (Lasègue sches Zeichen). Viel weniger konstant als das Lasèguesche Zeichen sind die sogenannten „typischen“ Druckpunkte an der Austrittsstelle des Nerven am Gesäß, in der Mitte der Beugeseite des Oberschenkels, in der

Mitte der Kniekehle (N. tibialis) und am Fibulaköpfchen (N. peroneus). Nicht selten fehlen Druckpunkte ganz oder die ganze Gegend des M. glutaeus oder die ganze Wadenmuskulatur ist druckschmerzhaft. Leichte und oberflächliche Berührung des schmerzenden Beines pflegt nicht empfindlich zu sein, wohl jedoch erzeugen oder verstärken in der Regel Erschütterungen, Kältereize und manchmal auch Schreck oder ähnliche seelische Erregungen den Schmerz, welcher auch nachts oft erheblich gesteigert ist. — Die echte Ischias ist stets einseitig; doppelseitiger Schmerz erregt immer den Verdacht einer Erkrankung der Cauda und ihrer Umhüllungen. Die Wirbelsäule zeigt oft bei Ischias Skoliosen auf einer oder wechselnd auf beiden Seiten. Offenbar entstehen diese Verbiegungen der Wirbelsäule reflektorisch zur Schmerzlinderung oder durch direkte Wurzelreizung. Bei Bückversuchen des Patienten sieht man ferner nur einen geringen Ausgleich der normalen Lendenlordose, vermißt jedoch völlig die beim Bücken Gesunder auftretende leichte Kyphose der unteren Wirbelsäule. Auch beim Gehen halten die Kranken oft den Rumpf auffällig steif, offenbar um jede Erschütterung zu vermeiden. Leichte vasomotorische und trophische Störungen kommen vor: das kranke Bein ist nicht selten etwas kühler, die Muskulatur etwas abgemagert. Eine minimale Herabsetzung der direkten faradischen Erregbarkeit kann bei echter Ischias auch noch vorkommen, nicht jedoch eine stärkere Herabsetzung oder gar eine Trägheit der galvanischen Zuckung; solche spräche unbedingt für eine organische Läsion. Ebenso dürfen natürlich keine gröberen Störungen der Sehnenreflexe, keine echten Paresen oder Anästhesien vorhanden sein. Hyperalgesien oder Parästhesien kommen jedoch bei Ischias vor.

Behandlung. Zunächst forziere man die Wärmeapplikation, die der Kranke meist schon instinktiv versucht hat; Thermalbäder oder -packungen, stundenlanges Auflegen großer heißer Sandkissen auf die schmerzenden Stellen; nachts legt man den Kranken mit dem Becken auf ein derartiges halbgefülltes Kissen. Ferner verordne man trockene Schröpfköpfe, Dampfduschen, Einreibungen und andere Mittel, die eine Hauthyperämie erzeugen, besonders aber die Diathermie, welche wirksamer als der elektrische Lichtbügel oder der Heißluftapparat ist. Heiße Vollbäder mit oder ohne nachfolgende Packung, elektrische Schwitzbäder oder eine anders erzeugte Diaphorese können versucht werden, lassen aber auch häufig im Stich oder verschlimmern sogar gelegentlich die Schmerzen noch. Alle diese Maßnahmen sowie auch die Massagen („Nervenpunktmassage") sind im allgemeinen für die späteren Stadien des Leidens geeigneter und im akuten Stadium kontraindiziert. Die blutigen Dehnungsmethoden des Nerven sind wohl allgemein verlassen. Von elektrischer Behandlung (außer Diathermie) wirkt nur zuweilen der konstante Strom (5 bis 10 MA) günstig oder die Anwendung hochfrequenter Ströme oder Röntgenbestrahlungen der Nervenwurzeln, allein oder in Verbindung mit Diathermie. — Die größten Erfolge hat zweifellos die Injektionsbehandlung, die entweder in die Nervenscheide oder „paraneural" in das Nachbargewebe des Nerven erfolgt. Man wähle zur Injektion Mittel, die keinen Schaden stiften, meide also besonders den Alkohol. Verfasser zieht den Antipyrininjektionen die Einspritzung von 0.5 bis 1 bis 2% Novokainlösung oder ähnliche Mittel vor. Man muß große Mengen der Lösung (100 oder sogar 150 cm³) injizieren, versäume aber nicht, sich vorher die Menge des damit einzuverleibenden Eukains oder Novokains zu berechnen. Da die Erreichung des Nervenstammes oft nicht leicht ist, empfiehlt sich für den Ungeübten zuerst der Versuch der sehr einfachen paraneuralen Einspritzung. Recht leicht ist auch die Injektion in den Sakralkanal nach

Cathelin, wenn man mit der Nadel tastend eingeht und immer darauf achtet, daß die Nadel parallel der Richtung des Kreuzbeins bleibt. Man kann dabei gleichfalls bis zu 100 cm³ einer ½ bis 1%igen Novokainlösung einspritzen, wobei sich die Haut niemals vorwölben darf. Gelegentlich erzielt man einen schnellen Erfolg. Auch die parasakrale Einspritzung von 4 cm³ einer 25%igen Magnesiumzitratlösung oder 1 bis 4 g Antipyrin in 20 cm³ Wasser gelöst wurde empfohlen. Selbstverständlich können zusammen mit der epiduralen Injektion auch Einspritzungen in die Gegend der Schmerzpunkte gemacht werden. — Neuerdings wurde auch die Proteinkörpereinspritzung bei Ischias empfohlen, besonders Vakzineurin. Doch greift Verfasser zur Proteintherapie nur, wenn die anderen Injektionen erfolglos geblieben sind. — Trotz der guten Erfolge der Injektionstherapie wird man die medikamentöse Behandlung bei der Ischias nie entbehren können. Alle Antipyretika von den leichtesten bis zu den schwersten wird man nötig haben, und nicht selten wird man auch zu den Narkotizis (Kodein in Suppositorien, ja auch Morphium subkutan) greifen müssen. Erfolg haben oft die Salizylpräparate, besonders Aspirin, Melubrin und das radiumhaltige Radacyl. Die Salizylpräparate müssen allerdings durch mehrere Tage in größeren Dosen gegeben werden. Häufiger Wechsel in der Behandlung ist bei der Ischias nicht zu umgehen. — Man vergesse nicht, für eine reichliche und leichte, womöglich diarrhoische Stuhlentleerung zu sorgen. (Klin. Wschr. Nr. 7, 1925.)

Die Kropfbehandlung mit Yatren per os

ergab R. Steidle (München) auffallend gute Resultate: Raschen Rückgang der Kröpfe ohne Körpergewichtsabnahme, deutliche Besserung von Trachealstenosen und thyreotoxischen Symptomen. Ausnahmsweise schwillt die Schilddrüse vorübergehend an (Herdreaktion). Das Yatren wirkt elektiv auf die Parenchymzellen der Thyreoidea ein, ohne sie mit Jod zu belasten und passiert den Körper unzersetzt. Dosierung: Im allgemeinen täglich fünf bis zehn Tropfen einer 5%igen Lösung; nach Abklingen einer Herdreaktion alle vier Tage. Bei schwächlichen, tbc.-verdächtigen Kindern täglich eine halbe Tablette Lipatren (= Yatren + Lipoid); nach Abklingen einer Herdreaktion alle vier Tage eine Tablette. Daneben schränke man die Fleischkost ein. (M. m. W. Nr. 43, 1924.)

Zur Infektionsgefahr sporadischer Poliomyelisfälle.

R. v. Hoesslin (München) beschreibt einen Fall von schwerster akuter Poliomyelitis (Heine-Medin) mit Dauerlähmung beider Beine bei einem 22jährigen Patienten, in welchem die Übertragung ausschließlich durch Kontakt mit einer Poliomyelitiskranken neun bis zehn Wochen nach deren Erkrankung erfolgt sein konnte. Es erscheint daher mindestens für diese Zeit in der Rekonvaleszenz nach Poliomyelitis Isolierung und Reiseverbot geboten. (M. m. W. Nr. 52, 1924.)

Chirurgie und Orthopädie.

Chirurgische Behandlung und Proteintherapie des Magen- und Duodenalgeschwüres.

Seit drei Jahren tritt bekanntlich Dozent Přibram (Berlin) für die Proteintherapie des Ulcus ventriculi ein (vgl. auch „Ars Medici" 1921, S. 393). Nun kann er über Erfahrungen bei 300 Fällen berichten. Begründen läßt sich die Wirkung erstens mit der Reizwirkung, die jedes Geschwür zur Heilung anregt, zweitens aber auch mit einer nachgewiesenen Herab-

setzung der Erregbarkeit des Sympathikus („pharmakologische Sympathektomie“) und mit röntgenologisch sichtbarer Lösung der Spasmen. — Indikation: Bei jedem Ulkus kann der Versuch mit Proteintherapie gemacht werden. Die besten Erfolge erzielt man bei den Geschwüren der kleinen Kurvatur, auch bei solchen, die mit großem Krater in Nachbarorgane penetrieren. Bei pylorusnahen Geschwüren werden zwar auch günstige Resultate erreicht, doch sind hier sowie bei den Duodenalgeschwüren Rückfälle nicht selten und erfordern wiederholte Kuren. Im ganzen gibt die Proteintherapie bei 50 bis 70% der Ulkuskranken gute Erfolge. Akute Blutungen sind keine Kontraindikation, dagegen ist bei den chronischen rezidivierenden Blutungen des Ulcus duodeni die baldige Radikaloperation anzuraten. Eine absolute Kontraindikation bilden nur akute oder subakute tuberkulöse Prozesse. — Wo die Proteintherapie versagt, ist von anderen medikamentösen Behandlungsarten nichts zu erwarten, wohl aber hat die Proteintherapie noch oft gute Wirkung, wo alle anderen internen Methoden versagt haben. — Technik: Verfasser hatte die besten Erfolge mit venöser Applikation des Novoprotin (Chem. Fabrik, Grenzach). Man soll so dosieren, daß man möglichst schon mit den ersten drei Injektionen eine deutliche Herdreaktion erzielt; in der Regel erreicht man dies mit 0.1 bis 1 cm³. Zwischen den einzelnen Injektionen liegt je nach der Stärke der Reaktion ein Intervall von zwei bis drei Tagen. Mehr als zehn Injektionen werden nicht verabfolgt, sondern gegebenenfalls nach vier bis sechs Wochen Pause eine neue Kur eingeschaltet. — Operation. Ist in zwei bis drei Kuren keine absolute Beschwerdefreiheit bei voller Kost und Arbeitsfähigkeit erreicht, so ist von konservativer Behandlung nichts mehr zu erwarten und zur Operation zu raten. (D. m. W. Nr. 4, 1925.)

Gibt es eine chronische Appendizitis?

Von Prof. Julius Schnitzler. (Aus den Fortbildungskursen der Wiener medizinischen Fakultät.)

Pathologisch-anatomisch wird ihre Existenz von den hervorragendsten Forschern (Aschoff und anderen) geleugnet, welche die hiefür geltenden Zeichen als Residuen akuter Attacken auffassen. Nach dem 40. Lebensjahr haben nur noch sehr wenige Individuen eine normale Appendix, so daß fast jeder eine leichte A. durchmacht. Auch klinisch wird der schwankende Begriff der chronischen Appendizitis von kritischen Beobachtern (Lieck und anderen), denen sich Schnitzler anschließt, abgelehnt. Die diversen Druckpunkte sind keineswegs objektive Kriterien. Die Lage der Appendix entspricht gar nicht dem klassischen Mc Burneyschen. eher schon dem etwas tiefer und weiter medial liegenden Lanzschen Punkt. Manchmal ist nur der von Morris und Kümmel angegebene Punkt (zirka 4 cm unterhalb und 2 cm rechts vom Nabel) druckempfindlich. Die sonstigen für chr. A. geltenden Symptome (Koliken, Subfebrilität, Verdauungsstörungen, Ileozökalgurren usw.) werden von anderen Autoren als Perikolitis, Coecum mobile, Adhäsionen, Distensio coeci usw. aufgefaßt und entsprechend operiert. Die Deutung des Krankheitsbildes und die Art der Therapie sind gleichgültig — der Erfolg ist immer da! Dem ganzen Symptomenkomplex der appendikulären Dyspepsie und Darmstörungen gegenüber ist zur größten Skepsis zu raten. Das gleiche gilt für die häufig mit Magenbeschwerden einhergehenden abendlichen Temperatursteigerungen. Findet man dabei noch einen der diversen Druckpunkte und begnügt sich dann mit der Diagnose einer chronischen Appendizitis, so wird man manche beginnende Lungentbc. übersehen, wenn eine solche nicht mit allen modernen Hilfsmitteln ausgeschlossen wurde. Tre-

ves und Keith untersuchten 27 gesunde Studenten und konnten bei 24 Druckempfindlichkeit am Mc Burneyschen Punkt oder in dessen Umgebung nachweisen. Wahrscheinlich wird durch den Druck Inhalt oder auch nur Gas aus dem Zökum in die Appendix gedrängt und diese dadurch überdehnt. Der Darm an sich ist unempfindlich; schwere ulzerative Prozesse (z. B. Tbc., Ty.) können ohne jede Druckempfindlichkeit oder Schmerzen verlaufen. Auch das Rovsingsche Symptom bei der akuten A. — Auslösung der rechtsseitigen Schmerzen bei Druck auf das Colon descendens — beweist nur eine im r. Unterbauch lokalisierte Peritonitis, die ebenso gut von den Adnexen ausgehen kann. Bei der Prüfung auf Druckempfindlichkeit muß man übrigens auch eine eventuelle Überempfindlichkeit der Bauchdecken beachten. Keinesfalls darf der Druck über ein gewisses Maß hinausgehen, soll die Untersuchung auch nur den geringsten Wert behalten. Sehr häufig wird eine Adnexitis für chr. A. gehalten. Die Lehre von der kombinierten, akuten oder chronischen Erkrankung beider Organe wird abgelehnt. Desgleichen der genetische Zusammenhang mit Ulcus ventriculi, bzw. duodeni oder Cholelithiasis (die vermeintliche „Abdominaltrias“). Die Entfernung einer kaum oder nicht erkrankten Appendix bringt allerdings dem Patienten keinen Nachteil; deprimierend aber ist es, wenn man erst nach der Appendektomie erkennt, daß eine ganz andere Erkrankung Ursache der Beschwerden ist. (Sonderbeil. zur W. kl. W. Nr. 4, 1925.)

Die endothorakale Durchtrennung von Pleuraadhäsionen im Pneumothorax mit dem Galvanokauter nach Prof. Jakobaeus hat in den Davoser Lungensanatorien schon in zahlreichen Fällen hervorragende Erfolge gezeitigt. Das wie ein Zystoskop gebaute Instrument wird durch eine kleine Inzisionswunde (Lokalanästhesie) in den durch den künstlichen Pneumothorax erweiterten Pleuraraum eingeführt und unter Leitung des Auges werden strangförmige Adhäsionen, die den völligen Lungenkollaps behindern, mit der Glühschlinge durchtrennt. Die ausschlaggebende Bedeutung eines kompletten Kollapses durch den künstlichen Pneumothorax für die Ruhigstellung und Heilung der erkrankten Lunge ist bekannt.

Neuerdings berichtet O. Weber (Sanatorium Adelheid, Unter-Aegeri) über günstige Ergebnisse bei fünf Pat., welchen 23 Adhäsionen durchtrennt wurden. Blutungen vermeidet man durch langsame, nicht zu heiße Kaustik. Das Verfahren ist ein wertvolles Hilfsmittel zur Verbesserung der Pneumothoraxresultate selbst bei herabgekommenen Pat. (Schweiz. med. W. Nr. 44, 1924.)

Zur Kupierung des Furunkels sind nach Prof. A. Schüle (Freiburg i. Br.) alle Methoden praktisch unbrauchbar, die mit Saugnäpfen oder Pflastern arbeiten, da sie viel zu langsam wirken. Am besten bewährt sich das Kauterisieren des zentralen Herdes mit einem stricknadeldicken Glühstift in Lokalanästhesie (völlig unschädlich, vierzehnjährige Erfahrung!) (Chloräthylrausch nur bei Gesichtsfurunkeln!). Man macht mit einer 2%igen Novokainlösung zuerst zwei oberflächliche Quaddeln, sticht dann in das vorher mit dem Anilinstift markierte Zentrum ein und deponiert im ganzen vorsichtig und langsam etwa 0.5 cm³ Novokain. Dann folgt nahezu schmerzlos die gründliche zentrale Kauterisation bis zum Unterhautzellgewebe hindurch. In den Brandkanal führt man einen feinsten, selbst gedrehten, mit Jodtinktur getränkten Wattedocht; darüber Kompresse, Heftpflaster. Täglich erneuern. Kanal offenhalten, verklebende Schorfmassen entfernen, Umgebung enthaaren und täglich mit Seifenspiritus, Alkohol und Salbe behandeln. (M. m. W. Nr. 50, 1924.)

Fusospirochäteninfektion — Äthylchlorid.

Die von Jelinek (W. kl. W. Nr. 22, 1923) bei Angina Plaut-Vincenti und Stomatitis ulcerosa empfohlene Gefrierbehandlung der Geschwüre mit dem Äthylchloridstrahl hat J. Breitenfeld (Varaždin) in zwei Fällen von Fusospirochätosen (Bac. fusiformis und Spirochäteninfektion) auch außerhalb der Mundhöhle (Panaritium und Ulcus cruris) mit überraschendem Erfolge durchgeführt. (Liječnički vjesnik. Nr. 10, 1924.)

Zur Gelenkbänderplastik

erwiesen sich Prof. M. Katzenstein an der II. Chir. Abt. des Städt. Krankh. Friedrichshain in Berlin Periostlappen als am geeignetsten. Sie bilden starke Ligamente, während selbst Faszienlappen sich meist abstoßen und durch Bindegewebe ersetzt . werden. Indikationen sind Schlottergelenke, Gelenkbänderersatz nach Traumen, Erfolgssicherung nach Redressement des Plattfußes (Neubildung eines lig. tibio-naviculare), des Genu valgum usw. Ein künstliches Gelenkband kann aber auch ohne Vorbild eines normalen neu geschaffen werden, um bei Lähmungen Stellungskorrekturen zu erzielen, indem durch das neue Band das Gleichgewicht zwischen den gelähmten Muskeln und nun übermächtigen Antagonisten wieder hergestellt wird. So gelang es, ein infolge Tibialislähmung stark nach auswärts rotiertes Bein durch Bildung eines Bandes zwischen Spina iliaca ant. sup. und Trochanter major passiv nach einwärts zu drehen. Interessant ist auch folgender Fall: Kinderlähmung mit Ausfall des m. glutaeus maximus und der Unterschenkelmuskulatur; Quadriceps erhalten, jedoch funktionsunfähig (das Kind stützt bei jedem Schritt das Kniegelenk mit der Hand, wobei der Oberkörper wegen Ausfalls der Wadenmuskeln fast rechtwinkelig vorgebeugt wird). Durch Anlegung eines Periostreifens zwischen Becken und Oberschenkelknochen wird das Bein gegen das Becken gestreckt und eine bessere Belastung des Beines ermöglicht. Derartige künstliche Bänder wirken gleichsam als innere Prothesen, gegen welche die genialst konstruierten Apparate nur armselige Notbehelfe sind. (M. Kl. Nr. 40, 1924.)

Herstellung eines Gipsbettes

zur Behandlung der Spondylitis oder Skoliose nach Prof. A. Vulpius (Heidelberg). Patient wird auf den Bauch gelagert, der Gibbus u. a. prominente Knochenpartien (Darmbeinkämme usw.) werden leicht gepolstert. In den gut flüssigen Gipsbrei werden große Gazestücke getaucht und der Rückenfläche sowie seitlichen Brustwand gut anmodelliert. Darüber kommen mehrere Schichten ebenso mit Gipsbrei durchtränkten Putztuches oder eines ähnlichen lockeren Gewebes, zum Schluß nochmals eine Gazeschichte. Je nach dem Sitz des erkrankten Wirbels umfaßt der Verband nur Rumpf und Becken oder auch noch den Kopf oder die mäßig abduzierten Oberschenkel. Rasch ist der Verband so weit trocken, daß er abgehoben werden kann. Nun werden Falten glatt geklopft, die Ränder beschnitten und mit einer schmalen Gipsbinde eingefaßt als Schutz gegen das Aufblättern. Nach dem völligen Austrocknen kann das Gipsbett mit einem Flanelltuch ausgekleidet und eventuell durch eine Gummieinlage vor Durchnässung geschützt werden. Patient liegt behaglich Tag und Nacht im Gipsbett, aber möglichst im Freien. Zur Hautpflege wird es in Bauchlage abgehoben und wieder angelegt. (Die Ther. d. Gegenw. Nr. 1, 1925.)

Die Hautpfropfung

nach Prof. W. Braun (Berlin) unterscheidet sich vom Überhäutungsverfahren nach Thiersch unter anderm dadurch, daß das Transplantat

nicht auf die Wund- oder Granulationsfläche aufgelegt, sondern nach folgender Technik in die Tiefe der Granulationen eingepflanzt wird: Unter Lokalanästhesie wird in gewöhnlicher Weise ein kleiner Thiersch-Lappen entnommen, und mit der Schere in zahlreiche. 4 bis 5 mm² große Hautstückchen zerlegt. Diese werden mit einer feinen Pinzette oder Nadel reihenweise schräg in die Tiefe (3 bis 4 mm) der unempfindlichen Granulationen hineingesteckt (eingepflanzt), so daß sich die Granulationen über den Setzlinien an der Oberfläche wieder zusammenschließen. Diese Pfropfung ist sofort nach Entwicklung einer frischen Granulationsfläche, das heißt eventuell schon nach zwei bis drei Wochen vorzunehmen, auch wenn noch nicht alle Nekrosen abgestoßen sind. Als Verband zunächst für zwei bis drei Tage dachziegelförmiges Bedecken der Granulationsfläche mit geöltem Gaudaphil oder Borsalbenlappen. Nachbehandlung mit in phys. NaCl-Lösung getränkten, durch Billroth-Batist abgeschlossenen Verbänden, die dauernd feucht gehalten und täglich gewechselt werden. Später abwechselnd feuchte Bor- oder Lapissalbenverbände, Bäder, frühzeitige Bewegungen. Nach zwei bis drei Wochen eventuell neuerliche Pfropfung der Restfläche.

Die Resultate der Hautpfropfung nach vierjähriger Erfahrung sind gut, auch dort, wo das Thierschsche Verfahren versagte, z. B. bei ausgedehnten Verbrennungen, zirkulären Hautdefekten (wobei manche Amputation erspart werden kann), veraltetem Ulcus cruris, zur Überhäutung von Amputationsstümpfen u. dgl. (M. Kl. Nr. 40, 1924.)

Hämorrhoiden — Thermokauter.

Mittelgroße Hämorrhoiden entfernt Prof. A. Schüle (Freiburg i. Br.) nach folgender Technik: Anästhesierung der Analschleimhaut durch Bepinseln mit 20% Kokainlösung; Anschwellen der Varizen durch Saugnäpfe. Hierauf markiert man die passenden Stellen mit dem Anilinstift und injiziert mit dünnster Nadel 3% Novokainlösung. Nun werden die Knoten mit dem Glühstift angestochen und gründlich innen ausgebrannt, wobei die äußere Schleimhaut vorsichtig geschont wird. Der Schmerz ist nicht besonders stark, zumal wenn man beim Injizieren die Knoten mit umwickelter anatomischer Pinzette anfaßt, nur ganz schnell mit dem Stift brennt und jedesmal kleine Pausen einschiebt. Salbenverband. Zweitägige Bettruhe angezeigt. Heilung erfolgt ohne Komplikationen. (M. m. W. Nr. 51, 1924.)

Karbunkel — Therapie.

B. Peričić (Split, SHS.) hatte im Verlaufe von 16 Jahren in 91 Fällen von Pustula maligna (Anthrax) mit folgendem konservativen Verfahren nach Bergmann (M. m. W. 1908, S. 1672) nur drei Todesfälle (2.2% Mortalität): Mehrmals täglich erneuerte warme Dunstumschläge mit 10% Liquor Burowii; innerlich alle zwei Stunden einen Tropfen Jodtinktur in etwas Wasser bis zum Schwinden des Ödems; während des Fiebers Chinin. Keine andere Methode (Inzision, Injektionen) ergibt bessere Resultate. (Liječnički vjesnik, Nr. 10, 1924.)

Magenresektion bei chronischer Gastritis.

Von Prof. H. Finsterer (Wien).

Die chronische Gastritis (G. acida, G. anacida, G. adhaesiva, Achylia gastrica) verursacht klinisch die Symptome eines chronischen Ulkus. Bleibt die interne Behandlung (Vakzineurin, Novoprotin, Röntgen usw.) erfolglos und führt das Leiden zur Berufsunfähigkeit, so ist die Magenoperation angezeigt, wenn auch kein Anzeichen für ein Ulkus vorliegt.

sondern nur eine adhäsive Perigastritis, und wenn differentialdiagnostisch chronische Appendizitis, Cholezystitis, Adnexitis, Apizitis und Tbc. der Bronchialdrüsen mit Sicherheit ausgeschlossen werden können. Die besten Resultate ergibt die Resektion des erkrankten Magenabschnittes nach der Methode Billroth I (Vermeidung des Ulcus pepticum jejuni) in Lokalanästhesie (Injektion von Novokain ins kleine Netz, Lig. gastrocolicum, an die Basis des Mesocolon transversum und in den Peritonealüberzug des Pankreas), während die Dauererfolge nach der einfachen Gastroenterostomie schlecht sind. Zudem gewährt die Resektion den sichersten Schutz gegen Krebsbildung, die bei chronischer Gastritis nicht selten ist. Bei entsprechender Technik und Lokalanästhesie ist kaum ein Todesfall durch die Operation zu befürchten. (W. m. W. Nr. 47, 1924.)

Zur Behandlung der Schenkelhalsfraktur.

Von Prof. G. Axhausen (Berlin).

Der in Deutschland noch immer herrschende Pessimismus in bezug auf die Heilbarkeit der medialen Schenkelhalsfraktur (Bruchlinie durch den Schenkelhals oder dicht am Kopf) ist trotz der unvermeidlichen Nekrose des zentralen Bruchstückes unbegründet. Bei entsprechender Technik und Geduld ist die schwache Regenerationskraft des Fettmarks des distalen Fragmentes imstande, den Bruchspalt zu überbrücken und das tote proximale Bruchstück zu reorganisieren. Die Vorbedingungen für die knöcherne Heilung sind 1. die genaue Reposition, so daß die Bruchflächen nicht nur gegenüberstehen, sondern auch fest aufeinander gepreßt sind. Sie erfolgt nach dem Amerikaner Whitman (Journ. of Amer. med. assoc. 1921, 77, 1808) im Ätherrausch durch Zug, Innenrotation und stärkste Abduktion; 2. die Retention und Immobilisation der Fragmente durch zwei bis vier Monate im zirkulären Gipsverband nach Whitmann, der den Rumpf etwa von Warzenhöhe an umgibt und das in stärkster Abduktion und Innenrotation befindliche Bein bis zur Sohle umschließt; 3. die Entlastung der Bruchstelle bis zur Tragfähigkeit (sechs bis zwölf Monate), indem Pat. nach Abnahme des Gipsverbandes zunächst noch einige Wochen im Bett bleibt und durch Übungen und Massage auf den Gehakt vorbereitet wird. Anschließend Gehübungen mit Thomasschiene oder Hessingschem Apparat. Direkte Belastung des Beins keinesfalls vor Jahresfrist. Die Gefahren der langen Bettruhe bei älteren Leuten können durch entsprechende Lungenventilation, eventuell früheres Aufstehen im Gipsverband bedeutend reduziert werden. Campbell (Ann. of surg. 70, 600) hatte bei 205 älteren Pat. nur zehn Todesfälle. Von 96 Fällen trat in über 75% knöcherne Heilung ein, nur in 10% Pseudarthrose, sonst feste bindegewebige Verbindung. In Whitmans Händen stieg die Heilungsziffer auf 89%. Unter 93 Fällen Thomsons (Journ. of Amer. med. assoc. 1921, 77, 1817) trat nur zweimal keine knöcherne Heilung ein; der älteste erfolgreiche Pat. war 90 Jahre alt. (M. Kl. Nr. 52. 1924.)

Schlüsselbeinbrüche — Verband.

Die Zahl der für Schlüsselbeinbrüche angegebenen Verbände dürfte wohl über hundert betragen, was der beste Beweis dafür ist, daß noch keiner voll entspricht. Spiegel rühmt folgendes am Moskauer Dostojewski-Krankenhaus übliche Vorgehen. Um die kranke Schulter kommt ein Achtertourenverband, der das Schulterblatt, den Brustkorb und den Oberarm fixiert. Ein zweiter Verband kommt in ähnlicher Weise um das entgegengesetzte Hüftgelenk. Beide Verbände werden hinten durch ein Gummirohr verbunden, welches also schräg über den Rücken zieht, oben in der

Gegend des Tuberculum minus und unten in der Gegend des Trochanter major befestigt wird. Durch das Verfahren wird die erkrankte Schulter gehoben und nach außen und hinten gedreht, die Bruchenden des Schlüsselbeins werden reponiert und durch den ununterbrochen wirkenden elastischen Zug dauernd in der richtigen Stellung erhalten. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 4, 1925.)

Vivocoll zur Wundtamponade und Blutstillung.

Gegen die früher in der Chirurgie allgemein übliche Tamponade wird seit einigen Jahren ein energischer und erfolgreicher Kampf geführt. Beim perforierten Magengeschwür und bei glatt verlaufener Cholezystektomie wird heute wohl schon allgemein die Bauchhöhle primär geschlossen. Aber es gibt noch immer Gelegenheiten genug, wo man einen Tampon als Sicherheitsventil belassen muß, so sehr das dem modernen Chirurgen gegen den Strich geht. Und dann braucht man zuweilen einen Tampon zur Blutstillung und gegen das Nachsickern von Blut in neu entstandene Hohlräume bei Strumektomien, Nephrektomien, Prostatektomien u. dgl. — Man hat versucht, feinzerzupftes Katgut als resorbierbare Tamponade zu verwenden, doch konnte sich das Verfahren nicht einbürgern. Einen großen Fortschritt bedeutete der Vorschlag von Vogel, Blutplasma zur Tamponade zu verwenden. Hier sind alle idealen Bedingungen erfüllt: eine sterile, resorbierbare und die Blutgerinnung noch fördernde Masse. — Ursprünglich wurde Eigenblutplasma versucht, doch ist dessen Herstellung zu umständlich und zeitraubend. Jetzt erzeugt die Firma Pearson & Co. A.-G. in Hamburg, unter dem Namen „Vivocoll" ein gebrauchsfertiges Präparat, bestehend aus Rinderplasma, das sich infolge Zusatzes einer bakteriziden Substanz unbegrenzt aufbewahren läßt. Vor der Verwendung wird dieses Plasma durch Zusatz einer bestimmten Menge der beigegebenen Kalziumchloridlösung aktiviert, so daß es allmählich zu einer zähen, festen, auf Wundflächen gut klebenden Masse erstarrt. Die Aktivierung wird durch Erwärmen auf 38° wesentlich beschleunigt. Man kann das Vivocoll nach Belieben in flüssiger und zähflüssiger Form, besonders zur Stillung parenchymatöser Blutungen, oder in fester Form als Plombe zur Ausfüllung von Defekten und als Tamponade für Hohlräume verwenden. Bei Verwendung einer festen Plombe empfiehlt es sich, dieselbe durch flüssiges Vivocoll auf der Wundfläche festzukleben, wodurch eine sichere Blutstillung erreicht wird. Sauer (Krankenhaus St. Georg in Hamburg) berichtet über ausgezeichnete Erfahrungen mit dieser neuen Methode, besonders bei Gallenblasen-, Struma-, Gehirn- und Prostataoperationen. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 7, 1925.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Bei Beckenendlagegeburten

gehen nach allen Statistiken noch recht viele Kinder (5 bis 30%) zugrunde, ferner entstehen nicht selten Erbsche Plexuslähmungen, Epiphysenlösungen und Oberarm- und Oberschenkelbrüche. Frey (Univ. Frauenklinik Zürich) hat gefunden, daß die Angst und der Schmerz der Gebärenden zum großen Teile an diesen schlechten Resultaten schuld sind. Die Frau weiß, daß sie und ihr Kind infolge abnormer Lage in Gefahr sind. Sie sieht die Vorbereitungen zur Manualhilfe, wodurch ihre Angst gesteigert wird. In dem Augenblick, wo der Arzt sie berührt, kommt es zu krampfhafter Kontraktur der Adduktoren, der Beckenbodenmuskulatur und zu einer Sistierung der Bauchpresse. Dadurch wird die Extraktion behindert, die Nabelschnur

gerade in den kritischen paar Minuten zwischen Becken und Kindeskopf komprimiert, und die Folge sind irreparable schwere Asphyxien. Eine während der Manualhilfe einsetzende Narkose kommt zu spät, da in den ersten Minuten die Abwehr gegen das Narkotikum die Muskelspannungen noch verstärkt. — Man beginne daher bei Beckenendlagegeburten rechtzeitig mit der Narkose. Während des Durchschneidens des Steißes durch die Vulva werden vorerst nur während der Wehe einige Tropfen Chloroform gegeben. Sobald der Steiß geboren ist, wird weiteres Pressen strikte verboten und die Frau aufgefordert, tief zu atmen. Jetzt geht man möglichst rasch zur Vollnarkose über, die mit Chloroform in zwei bis fünf Minuten zu erreichen ist. Erst wenn die Patientin tief schläft, setzt die Manualhilfe ein, indem der Arzt am Beckengürtel maximal nach unten zieht, bis die vordere Schulter in der Vulva erscheint, worauf die Arme in typischer Weise gelöst werden und die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes mit dem Veit-Smellieschen Handgriff angeschlossen wird. Nebenbei sei bemerkt, daß bei Beckenendlagen der Schädel meist eine dolichozephale Form hat; daher soll mit der Extraktion des Kopfes nicht eher begonnen werden, als bis der Kopf in Flexionshaltung gebracht wurde. — Seitdem Verfasser bei Beckenendlagen rechtzeitig Chloroformnarkose gibt, hat er fast kein Kind verloren und auch die Anzahl der Kindesverletzungen ist stark gesunken. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 6, 1925.)

Bitemporale Hemianopsie in den letzten vier Wochen der Gravidität

ist nach W. Löhlein sehr häufig (80%), namentlich bei Mehrgebärenden. Als Ursache wird Druck der hypertrophischen Hypophyse auf den N. opticus angenommen. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 65, H. 3 u. 4.)

Über Dammschutz und Dammriß.

Von M. R. Kupferberg (Direktor der Mainzer Hebammenlehranstalt).

Ist ein gynäkologischer Eingriff namentlich bei Erstgebärenden geplant, so kann man durch Einlegen eines zugfesten Kolpeurynters, der mit 300 bis 400 cm³ sterilem Wasser gefüllt, spontan geboren, oder bei Zeitmangel langsam extrahiert wird, die Erweiterung der Weichteile schonend beschleunigen und gleichzeitig die Wehen energisch anregen.

Beim Dammschutz ist Seitenlage üblich, da hiebei die Übersichtlichkeit größer, die Wehen weniger kräftig sind und der Kopf daher langsamer durchtritt. Gleichwohl ist Rückenlage auf einem 8 bis 10 cm hohen, kleinen aber sehr festen Kissen unter der Kreuzbeingegend vorzuziehen, da man hiebei leichter nach jeder Wehe die kindlichen Herztöne kontrollieren kann und gerade in der letzten Geburtsperiode nicht wenige Kinder durch Nabelschnurumschlingung usw. absterben.

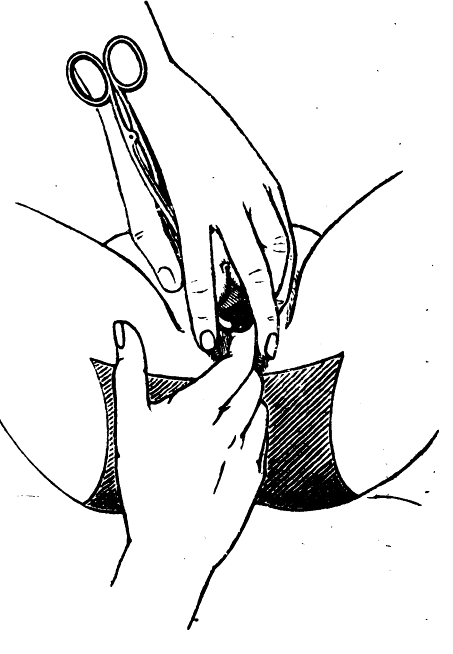
Durch Verbot des Mitpressens und mit beiden Händen verhütet man das zu rasche Durchschneiden des Kopfes. Der After ist mit einem sterilen Wattestück bedeckt, um die stützende untere Hohlhand nicht zu beschmutzen. Letztere muß die ersten 2 bis 3 cm des Dammes, vom Frenulum aus gerechnet, zur Kontrolle freilassen. Der drohende Dammriß verrät sich dadurch, daß der Damm zuerst tief blaurot und dann plötzlich weiß wird. Damit ist die Indikation zur Episiotomie gegeben (3 cm tiefer, blitzschneller Scherenschlag vom Frenulum aus in der Richtung nach dem l. Sitzbeinhöcker).

Die Episiotomie ist auch angezeigt, wenn die Schamspalte schon vor dem Einschneiden des Kopfes als Zeichen eines schon länger anhaltenden starken Druckes auf die rigiden Weichteile ein leichtes Ödem aufweist; desgleichen bei stärkerer Kopfgeschwulst in der Austreibungsperiode (eventuell auch Kolpeuryse).

Jeder Dammriß muß am besten unter Lokalanästhesie sorgfältig und aseptisch im Querbett primär genäht werden (sonst Scheidenkatarrh, Senkung, Prolaps, Sterilität usw.). Bei tiefen Rissen werden zuerst einige versenkte Katgutnähte gelegt, wobei das Entstehen von Buchten oder Hohlräumen sorgfältig vermieden werden muß. Zur Verhütung des Einstechens in die Rektalschleimhaut bei der Naht tiefer Risse führt man vorher einen dicken Hegardilatator (Nr. 16 bis 18) tief in den Mastdarm ein. Die Schlußnaht an der Schleimhaut, namentlich im obersten Wundwinkel, und an der äußeren Haut muß besonders exakt geschehen, damit nicht der Wochenfluß, der ja schon wenige Stunden nach der Geburt pathogene Spaltpilze enthält, in die mangelhaft genähte Wunde eindringen kann. Auch jede Episiotomie muß sorgfältig genäht werden. Vereitert die Naht, so darf keinesfalls vor sechs Wochen wieder genäht werden. (M. Kl. Nr. 46, 1924.)

Die Technik der digitalen Ausräumung

verlangt natürlich, daß die in den Uterus einzuführenden Finger vorher nicht mit Damm und Scheide in Berührung kommen. Das ist besonders beim Abort wichtig, der ja nicht selten ein krimineller und daher unreiner ist. Prof. Füth (Universitäts-Frauenklinik, Köln) empfiehlt das Vorziehen der Portio bis in die Ebene des Scheideneinganges, was infolge der Graviditätsauflockerung der Gewebe außerordentlich leicht gelingt (bei nicht vorliegender Gravidität kann man die Portio meist nur bis etwa zur Mitte der Scheide herabziehen). Man hakt also die Portio mit einer sogenannten Portiozange oder mit zwei Kugelzangen (der Einfachheit halber ist in der Abbildung nur eine gezeichnet) an und zieht sie bis in den Scheideneingang herunter. Die Kugelzangen werden zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand festgehalten; Zeige- und Mittelfinger derselben Hand spreizen weit die kleinen Labien; der rechte Mittelfinger wird hinter der herabgezogenen Portio in die Scheide eingeführt und drückt die hintere Wand und den Damm stark nach abwärts. Darauf geht der rechte Zeigefinger in den Uterus ein, und wenn er im Uterus verschwunden ist, läßt die linke Hand die Kugelzangen fahren und legt sich auf die Bauchdecke, um den Fundus noch mehr über die inneren Finger herüberzudrücken und das Ablösen des Uterusinhaltes zu unterstützen. — Eine Kontraindikation gegen das Herabziehen der Portio bilden nur perimetritische Affektionen und der komplizierte febrile Abort, wenn schwere Blutung trotz des Fiebers und der Entzündung ein Eingehen in den Uterus erfordern. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 3, 1925.)



Die Frühdiagnose der Extrauteringravidität

ist eine der verantwortungsvollsten Aufgaben des Praktikers. Hier hängt die Lebensrettung so häufig von dem diagnostischen Können des Arztes ab. Bei schon hochgradiger innerer Blutung, heftigen Krämpfen oder Kollaps wird jeder an eine Extrauteringravidität denken; hier ist es aber auch oft schon zu spät. In den letzten Jahren hat man sich daher bemüht, Frühzeichen zu finden; als solche wurden angegeben: die Leukozytenzählung, die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen, der Urobilinnachweis im Harn, die Wagnersche Hypophysinreaktion („Ars Medici" 1920, S. 397 und 507), das Cullensche Zeichen, das Phrenikussymptom, der Schulterschmerz („Ars Medici" 1922, S. 542) und das Herzfeldsche Blasensymptom (Oligurie; „Ars Medici" 1923, S. 419). Alle diese Zeichen sind aber erst zu verwerten, wenn sich schon eine größere Menge von Blut in der Bauchhöhle befindet. Banki (Györ, Ungarn) macht nun darauf aufmerksam, daß schon die ersten kleinen Blutungen nach dem Douglasraum dort eine lokale adhäsive Peritonitis erzeugen. Die Folge ist, daß das Abheben der Gebärmutter äußerst schmerzhaft empfunden wird. Führt man den Finger in das hintere Scheidengewölbe ein und hebt von hier aus die Portio oder den Uterus selbst so ab, als ob man ihn der Symphyse zuschieben wollte, so löst das heftigsten Schmerz aus, die Kranke schreit manchmal auf. Wenn der übrige Befund und die Anamnese eine Extrauteringravidität möglich erscheinen lassen, so ist dieses Symptom als beweisend zu werten. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 3, 1925.)

Placenta praevia.

Die besten Resultate für Mutter und Kind ergibt nach Conrad (Rudolf-Virchov-Krankenhaus, Berlin) der zervikale transperitoneale Kaiserschnitt. Bei reinen Fällen, wirklicher Placenta praevia totalis, lebensfähigem Kinde und noch nicht ausgebluteter Frau ist diese Schnittentbindung immer angezeigt und ergibt fast 0% Mortalität bei Mutter und Kind. Daher soll der Praktiker trachten, jeden Fall von Placenta praevia rechtzeitig in klinische Behandlung zu bringen. Wo dies nicht möglich ist, ist die Wendung nach Braxton-Hicks der Metreuryse vorzuziehen, denn die Wendung ergibt für die Mütter die besseren Resultate, und für den Arzt kommt zuerst das Leben der Mutter in Betracht. Ausführlicheres hierüber siehe in „Ars Medici" 1924, S. 158. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 5, 1925.)

Die prophylaktische Wendung beim engen Becken

ist nach F. Eberhart (Baden-Baden) für die Allgemeinpraxis oft sehr wertvoll, obwohl sie vielfach jetzt verworfen wird. Sie soll allerdings nur bei Mehrgebärenden gemacht werden und niemals bei gleichmäßig verengtem Becken, weil in einem solchen der Kopf mit dem Kinn an der Linea terminalis hängen bleibt. Der nachfolgende Kopf geht nur dann leichter durch, wenn die Quermaße des Beckens normal groß oder größer sind (plattes Becken). Die Pfeilnaht muß daher quer eingestellt werden; dann kann auch der unterstützende Druck von außen voll zur Geltung kommen. Man halte sich an die Kaltenbachschen Indikationen: 1. Ungünstiger Verlauf früherer Geburten in Schädellage; 2. ungünstige Stellung und Haltung der Frucht (Stirnlage, Gesichtslage mit dem Kinn nach hinten, hintere Scheitelbeineinstellung); 3. Nabelschnurvorfall. Der richtige Zeitpunkt ist nach Schröder gegeben, wenn der Muttermund völlig erweitert und die Blase eben gesprungen ist und der Kopf beweglich über

dem Beckeneingang steht. Die Beckenenge darf nur mittleren Grades und das untere Uterinsegment nicht überdehnt sein. (M. Kl. Nr. 39, 1924.)

Die Pyelitis gravidarum

ist nach Prof. Th. Heynemann stets zu erwägen, wenn in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft unregelmäßiges, intermittierendes Fieber auftritt, namentlich aber bei Schmerzen und Druckempfindlichkeit in der Nierengegend (meist rechts). In solchen Fällen ist stets der frische Katheterharn zu mikroskopieren. Man findet bei Pyelitis Leukozyten, Erythrozyten und meist Kolibazillen (kurze, bewegliche, gramnegative Stäbchen). Der Harnbefund kann auch gegenüber Appendizitis entscheiden, die ebenfalls oft Lendenschmerzen verursacht, zumal auch bei Pyelitis Druckempfindlichkeit des ganzen Leibes und peritoneale Reizung auftreten können.

Zweckmäßige Behandlung führt auch in der Allgemeinpraxis fast stets zur Heilung und zur Spontangeburt eines lebensfähigen Kindes. Die bei P. gefährliche Schwangerschaftsunterbrechung kann daher erst dann in Betracht kommen, wenn auch die klinische Behandlung erfolglos bleibt. Das wichtigste ist andauernde Bettruhe, möglichst auf der gesunden Seite (meist links), auch in den fieberfreien Stunden oder Tagen. Die Harnantiseptika sind im konzentrierten und sauren Harn am wirksamsten. Man reduziert daher zunächst durch zwei Tage die Flüssigkeitszufuhr auf 500 bis 600 cm^3 pro Tag, gibt gleichzeitig dreimal täglich 0.5 bis 1.0 Urotropin und dreimal täglich zehn Tropfen Acid. mur. dilut. (oder drei Eßlöffel Mixt. acida); am dritten und vierten Tage je 10 cm^3 einer 2%igen Trypaflavinlösung venös; hierauf erst Durchspülung des Nierenbeckens durch ausgiebigen (täglich 1 bis 2 l) Teegenuß (Flor. tiliae oder uvae ursi o. dgl.); jedoch Vorsicht bei Ödemen. Bleibt der Erfolg aus, so Wiederholung der Kur, doch zögere man bei hohem Fieber nicht mit dem Abtransport an eine Klinik (Gefahr der Frühgeburt). Milde Diät, jedoch keine ausschließliche Milchdiät, die bei Kolipyelitis geradezu schädlich wirkt. Praktisch sehr bewährt ist die gleichzeitige Vakzinetherapie, am besten mit Koli- (bzw. Staphylo-) Yatren, Beginn mit 1 cm^3 muskulär der Stärke III, jeden zweiten Tag Reinjektion in steigenden Dosen bis zu 5 cm^3, eventuell noch 3 bis 5 cm^3 der Stärke VI. Nur bei sehr eitrigem Harn (Pyelozystitis) Blasenspülungen mit milden Desinfizientien. An der Klinik eventuell Nierenbeckenspülungen. Harnkontrolle bis zur Entbindung. Rezidive häufig, bei Koli-Yatrenbehandlung seltener. (Die Ther. d. Gegenw. H. 1, 1925.)

Reaktionen auf Schwangerschaft und zur Bestimmung des Kindesgeschlechtes.

Die bekannte Abderhaldensche Abbau-Reaktion hat sich infolge ihrer schwierigen Technik und ihrer Unzuverlässigkeit in der Praxis nicht einbürgern können. Prof. H. Sellheim (Halle) berichtet nun über Verbesserungen der Technik, die die Reaktion leichter und viel zuverlässiger gestalten. Die Assistenten der Sellheimschen Klinik Lüttge und v. Mertz haben die Methodik ausgearbeitet. Statt des komplizierten Dialysierverfahrens wird das dem Brutschrank entnommene Serumsubstratgemisch mit 96%igem Alkohol eine Minute lang aufgekocht und dadurch die störenden Eiweißstoffe entfernt, die die Reaktion gebenden Spaltprodukte aber gelöst und extrahiert. Die Dauer der Brutschrankeinwirkung kann dabei von 24 auf 12 Stunden verkürzt werden, was bei

lebensgefährlichen, zur Operation drängenden Zuständen von Wichtigkeit ist. An die Stelle des chemischen Nachweises der Reaktion kann physikalische Ablesung der Fällung oder eventuell der elektrischen Leitfähigkeit treten. Mit der neuen Technik läßt sich nicht nur die Tatsache der Schwangerschaft konstatieren, sondern mit 99% Sicherheit das Geschlecht des Kindes im Mutterleib bestimmen. Das Mutterblut baut bei Anwesenheit einer männlichen Frucht Hodensubstanz ab; bei positivem Ausfall der Reaktion ist also ein Knabe, bei negativem ein Mädchen zu erwarten. Da diese Reaktion schon im ersten bis zweiten Schwangerschaftsmonat auftritt, fällt wahrscheinlich die Entscheidung, ob eine männliche oder weibliche Frucht entsteht, schon sehr früh, wohl spätestens bei der Befruchtung.

Das Alkoholverfahren bei diesen Untersuchungen verspricht auch eine große diagnostische Bedeutung für die Liquoruntersuchung zu gewinnen. Ferner sind Versuche im Gange, mit ihm festzustellen, ob ein Fleisch schon durch Fäulnis für den menschlichen Genuß unbrauchbar ist, da sich mit der Methode die Aminosäuren quantitativ messen lassen, deren Menge mit der Verderbnis des Fleisches proportional wächst. Schließlich ergeben sich für die Diagnose und sogar vielleicht für die Behandlung des Krebses günstige Perspektiven, doch sind die diesbezüglichen Untersuchungen noch abzuwarten. (Klin. Wschr. Nr. 6/7, 1925.)

Eine Schwangerschaftsdauer von nur 229 Tagen bei reifem Kinde

beobachtete Dozent A. Heyn (Universitäts-Frauenklinik, Kiel). Es handelte sich um einen Alimentationsprozeß, in dem begutachtet werden mußte, ob ein am 20. April 1923 spontan geborenes Kind ausgetragen gewesen sei und aus einem Geschlechtsverkehr vom 3. September 1922 herstammen könnte. Das Kind war 50 cm lang, wog 2980 g, zeigte auch alle sonstigen Reifezeichen und entwickelte sich normal. Aus besonderen klinischen Daten konnte mit großer Sicherheit bestätigt werden, daß die Konzeption tatsächlich am 3. September 1922 erfolgte. Am 20. November kam die Mutter (19jähriges Mädchen) zum erstenmal an die Klinik, gab an, am 3. September ein einziges Mal verkehrt zu haben; letzte normale Menses am 8. August, sehr schwache Blutungen noch im Oktober und November. Am 20. Dezember wurde vom Autor normale Gravidität im dritten Monat, am 3. Jänner 1923 im fünften bis sechsten Monat festgestellt. Erste Kindesbewegungen Ende Dezember. Fundus am 2. Februar 1923 zwei Querfinger oberhalb des Nabels, am 5. März drei Querfinger unterhalb des Rippenbogens. Normale Entbindung an der Klinik am 20. April.

Bei normaler Schwangerschaftsdauer hätte die Konzeption um sechs bis sieben Wochen früher erfolgen und die Untersuchung am 20. November eine Gravidität im fünften Monat ergeben müssen.

Allgemein wird als geringste Schwangerschaftsdauer bei reifem Kinde 230 Tage angenommen. Doch halten schon Ahlfeld und Haberda eine solche von 220, Zangemeister auf Grund eigener Beobachtung sogar von 210 Tagen für möglich. (M. m. W. Nr. 43, 1924.)

Pädiatrie.

Anämien im Säuglingsalter

sind nach Prof. K. Blühdorn und H. Völckers (Univ. Kinderklinik Göttingen) meist konstitutionell bedingt und namentlich bei Frühgeborenen

und Zwillingen schon in den ersten Lebensmonaten häufig. Stets müssen auch Erblues, einseitige Milchernährung mit den typischen, trockenen und harten Kalkseifenstühlen, Ziegenmilchanämie und Infektionen, namentlich Pyelozystitis und Empyem, erwogen werden. Neben der Wachsblässe der Haut und Schleimhäute ist besonders die Farbe der Ohrmuscheln bei durchfallendem Licht zu beachten. Maßgebend ist die Blutuntersuchung auf Hämoglobingehalt, Zahl und Form der Erythrozyten.

Therapie: Gemischte, vitaminreiche Kost, bei Milchnährschaden Malzsuppe als Ernährungsgrundlage, bei Appetitmangel gezuckerte Buttermilch, eventuell Sondenfütterung. Wenn möglich Frauenmilch mit Zulage von täglich 10 bis 30 cm³ frischen Gemüse- und Obstsaftes. Luftbäder, natürliche oder künstliche Sonnenkuren. Medikamente: Rp. Sol. Fowler. 5.0, Aq. menth. pip. ad 20.0. Dreimal täglich ansteigend zwei bis sechs Tropfen. Oder Rp. Sol. Fowleri 2.0, Ferri oxydati saccharati 20.0, Aq. ad 200.0. S. dreimal täglich ein halben Teelöffel. Oder dreimal täglich 0.1 Ferri reducti. — In schweren Fällen eventuell wiederholte intraperitoneale Blutinfusion. Mit einer 100-cm³-Spritze aspiriert man zuerst 9 cm³ einer 2 bis 3%igen Natriumzitratlösung und dann 90 cm³ Spenderblut aus der Kubitalvene und injiziert die Mischung drei Querfinger links vom Nabel in der Regio mesogastrica oder genau im äußeren Drittel der Verbindungslinie Nabel — Spina iliaca ant. sup. Man macht zuerst einen kleinen Einschnitt durch die Bauchhaut, dringt dann ohne starken Druck, unter spitzem Winkel mit einer stumpfen Kanüle in die Bauchhöhle ein und infundiert den Spritzeninhalt. (Beih. zur Med. Kl. 1924. Verlag Urban & Schwarzenberg.)

Appetitlosigkeit im Kindesalter.

Ein Teil der Kinder, die wegen Appetitlosigkeit zum Arzt geführt werden, ist, wie genaue Anamnese und Untersuchung ergeben, gesund, dem Alter entsprechend entwickelt und genährt, sieht nur nicht so rund und gemästet aus, wie die Mütter wünschen. Diese Kinder bedürfen keiner Behandlung, nur die Mütter. Aber viele dieser Kinder sind wirklich unterentwickelt, mager, neuropathisch, blaß, vielleicht okkult tuberkulös. Wolff (Kinderklinik Eisenach) erzielt bei ihnen mit einer „Hunger-Mastkur" die besten Erfolge. Die Kur bezweckt Ruhigstellung des appetitlosen Magens durch einige Zeit. Es wird ein starkes Hungergefühl geweckt, das dann bei der nachfolgenden Mastkur erhalten bleibt und zu normalem Gewicht und später normalbleibendem Appetit führt. Die Kur ist in der Klinik, bei vernünftigen Müttern aber auch zu Hause durchführbar. Bei der anfänglichen Hungerperiode werden die Kinder im Bett gehalten und bekommen am ersten Tage nur schwarzen Tee; am zweiten Tage fünf- bis sechsmal täglich einen Eßlöffel Milch und zwei Eßlöffel Wasser; am dritten Tage fünf- bis sechsmal zwei Eßlöffel Milch und vier Eßlöffel Wasser; am vierten Tage fünf- bis sechsmal drei Eßlöffel Milch und sechs Eßlöffel Wasser; am fünften Tage fünf- bis sechsmal vier Eßlöffel Milch und sechs Eßlöffel Wasser; am sechsten Tage fünf- bis sechsmal fünf Eßlöffel Milch und fünf Eßlöffel Wasser. — Die Kinder schreien dabei oft vor Hunger und nehmen natürlich einige Pfund ab, aber ein wirklicher Schaden entsteht sicher nicht. Bei zu großem Jammern kann man allenfalls diese Kur um zwei Tage abkürzen, indem man den dritten und fünften Tag wegläßt. — Vom siebenten (fünften) Tage an beginnt die Mastkur nach folgender Vorschrift: 7 Uhr: eine Tasse Milch oder Kakao in Milch. 8 Uhr: ein bis zwei Zwieback mit Butter und Honig oder Marmelade. 9 Uhr: ein rohes Gelbei mit Zitrone und Zucker gequirlt. 10 Uhr: eine Scheibe Schinken ohne Brot oder ein Semmelscheibchen mit Butter und Sardelle

oder Kaviar oder Hering. 11 Uhr: eine Banane oder sonstiges Obst. ½1 Uhr mittags: keine Suppe, einen großen Teller Gemüse, ein bis zwei Scheiben Fleisch mit Sauce, keine Kartoffeln. Eventuell Pudding oder Eierspeise. — Zwei Stunden Bettruhe, bzw. Schlaf. — 3 Uhr: eine Tasse Milch oder Kakao. 4 Uhr: ein Buttersemmelchen mit Käse. 5 Uhr: ein Ei. 6 Uhr: Obst. 7 Uhr: Abendbrot: wie Mittag, Gemüse und Fleisch (Fisch). Vor dem Einschlafen, wenn möglich, eine kleine Tasse süße Sahne oder Dickmilch. — Die Erfahrung lehrt, daß die Kinder nach der Hungerkur sich geradezu auf das Essen stürzen. Die Mahlzeiten sind so wenig voluminös, daß stets nach einer Stunde wieder mit Appetit gegessen wird. Manche Kinder stehen schon über ein Jahr in Beobachtung und essen seitdem regelmäßig gut. (D. m. W. Nr. 4, 1925.)

Zur Anwendung und Dosierung des Diphtherieserums

geben Prof. K. Blühdorn und H. Völckers (Univ. Kinderklinik Göttingen) folgende Ratschläge: Man tut gut, vor jeder Seruminjektion zu fragen, ob Pat. schon früher einmal mit irgendeinem Heilserum behandelt wurde. Manche Menschen sind gegen artfremdes Eiweiß überempfindlich und reagieren acht bis zwölf Tage nach der ersten Seruminjektion mit einem urtikariellen, masern- oder scharlachähnlichen Exanthem, Fieber, Drüsenschwellungen, Gelenkschmerzen, Darmsymptomen und Ödemen (= Serumkrankheit), welche Symptome in wenigen Tagen wieder schwinden. Erhalten solche überempfindliche Pat. nach acht Tagen oder später — auch nach Monaten oder Jahren — neuerlich eine Seruminjektion, so kann eine sofortige oder beschleunigte Reaktion auftreten (anaphylaktischer Schock). Kaum ist die Spritze entfernt, können schon Erbrechen, Fieber, Exanthem, schwere Dyspnoe, Zyanose und Kollaps auftreten. Erfreulicherweise ist der Schock nur selten bedrohlich und auch dann zumeist rasch vorübergehend. Keinesfalls darf man aus Angst davor bei wiederholter Diphtherieerkrankung die segensreiche Seruminjektion unterlassen. Man kann aber die Anaphylaxie vermeiden, wenn man zur Reinjektion ein anderes Tierserum, z. B. D.-Serum vom Rind oder Hammel verwendet oder das Pferdeserum fraktioniert injiziert, das heißt zunächst 0.1 intrakutan, nach einer halben Stunde, wenn an der Injektionsstelle keine Rötung auftrat, 0.1 subkutan und nach einer weiteren halben Stunde 1 cm^3 subkutan und wieder nach einer halben Stunde die Hauptmenge muskulär.

Dosierung für Kinder und Säuglinge: Bei leichten Fällen und Nasendiphtherie 1500 bis 3000 A.-E.; für mittelschwere Fälle 3000 bis 6000 A.-E.; für schwere Fälle (maligne, toxische und Stenosen) 6000 bis 10.000 A.-E. Stets muskulär zu injizieren. Wenn keine Besserung auftritt, am nächsten Tage, und eventuell auch an den folgenden je 5000 bis 8000 A.-E. nachspritzen. Bei Lähmungen ist ein Versuch mit hohen Dosen (20.000 A.-E. und mehr) berechtigt. Prophylaktisch (für einige Wochen) genügen 500 A.-E. Rinder- oder Hammelserum. (Beiheft z. M. Kl. 1924, Verlag Urban & Schwarzenberg.)

Konzentrierte Säuglingsnahrung.

Am gebräuchlichsten sind nach Prof. Blühdorn und Völckers (Universitäts-Kinderklinik Göttingen):

Die Czerny-Kleinschmidtsche Buttermehlnahrung: Auf 100 g Wasser kommen 7 g Butter, 7 g Mehl und 5 g Zucker. Die Butter wird in einem Kochtopf über gelindem Feuer unter starkem Umrühren mit einem Holzlöffel bis zum Schäumen gekocht, hierauf das Weizenmehl dazu-

gegeben und solange mit der Butter vermengt und gekocht, bis eine etwas dünnflüssige und bräunliche Schwitze entsteht; hierauf Vermengen mit dem Wasser und Zucker, Aufkochen, durch ein Haarsieb passieren und noch warm mit der doppelten Menge Milch mischen. (Eventuell auch nur zwei Fünftel Milch und drei Fünftel Buttermehlmischung). — Ferner die Buttermehlvollmilch nach Moro (3% Mehl, 5% Butter, 7% Zucker) und der noch konzentriertere Buttermehlbrei (Vollmilch mit 7% Mehl, 5% Butter und 5% Zucker. — Endlich die Zuckervollmilch (mit 17% Zucker) nach Schick, meist Dubo (duplex bovinum, Doppelnahrung) genannt, da sie den doppelten Kalorienwert der Vollmilch enthält. Solche konzentrierte Gemische sind angezeigt bei Frühgeborenen mit Trinkschwäche (Vollmilch mit 10% Zucker zur Ergänzung der Brustmilch oder auch allein); bei schlecht gedeihenden Säuglingen der ersten Monate und auch älteren herabgekommenen und untergewichtigen rachitischen Kindern, doch müssen eventuelle Darmkatarrhe mindestens seit zehn Tagen völlig behoben sein. Zweckmäßig gibt man zunächst als Heildiät durch einige Tage Buttermilch und fügt dann in allmählich steigenden Mengen Buttermehlschwitze hinzu. (Oder Beginn mit zwei Fünftel Milch, zwei Fünftel Buttermehlmischung, ein Fünftel Wasser, ein bis zwei Mahlzeiten!)

Ausgezeichnet ist bei untergewichtigen Kindern der ersten Lebensmonate mit harten Stühlen Halbmilch mit Zusatz von 7 bis 10% Rohr- oder Nährzucker. — Die Dubo bewährt sich bei allen Infektionskrankheiten mit erschwerter Nahrungsaufnahme einschließlich Typhus sowie bei Ruhr jenseits des zweiten Lebensjahres.

Die konzentrierten Gemische dürfen höchstens durch einige Monate gegeben werden. Läßt die Gewichtszunahme nach, so geht man auf die entsprechende Normalkost über. (Beiheft zur M. Kl. 1924. Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien.)

Zur Kropfbehandlung beim Säugling

bringt Prof. F. Hamburger zwei lehrreiche Fälle aus der Grazer Kinderklinik.

1. Vier Tage alter Säugling mit enormem Kropf, der die Atmung auch bei der altbewährten extremen Rückwärtsbeugung des Kopfes fast völlig behindert. Da auch kühle Umschläge erfolglos bleiben, entschließt man sich zur Jodtherapie. Das Kind erhält durch acht Tage täglich einmal 1 mg Jod. Schon vom vierten Tag wird der Kropf deutlich kleiner und schwindet völlig am achten Tag. Gleichzeitig aber trotz Mutterbrust schleimige Durchfälle, schwerer Gewichtssturz und Exitus drei Tage nach Aussetzen des Jod.

2. Acht Monate altes Kind, 7½ kg schwer, mächtiger Kropf mit Stridor und schwerer Atemnot auch bei obiger Rücklagerung. Therapie: Am ersten Tag 0.1 mg Natr. jod. und eine zwanzigstel Tablette Thyreoidin (Merck) = 5 mg Thyreoidin, am zweiten Tag 0.1 mg Natr. jod., am dritten Tag nichts, am vierten Tag 0.1 mg Natr. jod., am fünften Tag 0.01 Thyreoidin: Kropf völlig geschwunden, Atmung frei, vorübergehende Gewichtsabnahme. (M. m. W. Nr. 52, 1924.)

Fieberhafte Lebererkrankungen bei Lues tarda im Kindesalter.

Buttenwieser und Biberfeld (Interne Abteilung des Friedrichshainer Krankenhauses, Berlin) beschreiben zwei Fälle von hart-
kigem intermittierendem Fieber (morgens fast normal, abends bis über
C) bei einem zehn- und einem elfjährigem Knaben, das lange Zeit auf
zurückgeführt wurde, bis endlich der Nachweis von alter Erblues zur

Heilung führte. Diese Fälle lehren, auch im Kindesalter bei unklaren Krankheitsfällen mit chronisch intermittierendem Fieber an die Möglichkeit einer Lues zu denken und namentlich auf die charakteristische Anschwellung der Leber und Milz zu achten. Beim Erwachsenen ist das Krankheitsbild der fieberhaften Leberlues bereits längst bekannt (Hirschberg-Raichline, Mannaberg und andere). Tbc. ist bei wiederholt negativer Tuberkulinreaktion (Pirquet, Mantoux) fast mit Sicherheit auszuschließen. Da negative WaR nicht absolut gegen Erblues spricht und als Ursachen der Leber- und Milzschwellung auch Zirkulationsstörungen, Malaria, Blutkrankheiten, Amyloidose (bei Eiterungen oder chronischer Tbc.), septische Cholangitis oder Leberabszeß in Frage kommen können, so ist eventuell zur Sicherung der Diagnose der Versuch mit einer spezifischen Behandlung gerechtfertigt (Hg + Salvarsan, Jodkali, graues Pflaster auf die Lebergegend usw.). Derselbe kann prompt, ausnahmsweise erst nach zwei bis drei Wochen zur Entfieberung führen, wenn tatsächlich Lues vorliegt. (M. Kl. Nr. 47, 1924.)

Masern — Pyramidon.

Seit 13 Jahren verwendet M. Löwenthal bei Masern Pyramidon (Amidopyrin) und beobachtet eine spezifische Wirkung dieses Mittels auf die Maserninfektion. Regelmäßig tritt binnen zwölf Stunden völlige Euphorie ein, die Temperatur fällt und der Ausschlag schreitet nicht mehr weiter. Bei Erwachsenen gibt man 0.72 g pro die, bei Kindern entsprechend weniger nach der Formel: (Jahreszahl + 1) mal 0.03 pro die. Daneben wird zur Bekämpfung des Hustenreizes Pulvis Doveri empfohlen. (Brit. med. Journ. Nr. 3315/1924. Refer. in Derm. Wschr. Nr. 3, 1925.)

Die Phimose im Kindesalter.

Alle Knaben kommen eigentlich mit „Phimose“ zur Welt, das heißt beim Säugling läßt sich das Präputium nicht über die Glans zurückstreifen. Diese „physiologische Phimose“ verliert sich dann allmählich, spätestens im Pubertätsalter, wohl infolge Dehnung durch die Erektionen. Pathologisch wird die Phimose im Kindesalter erst, wenn die Miktion erschwert ist oder sich eine Balanitis (richtiger Praeputiitis) mit Juckreiz entwickelt, die das Kind veranlaßt, sich mit seinem Genitale zu beschäftigen. Eine solche kindliche Phimose zu operieren, hält Prof. W. Kausch (Berlin-Schöneberg) mit den meisten modernen Autoren für einen Unfug (vgl. „Ars Medici“ 1919, S. 385). Die Operation führt zu häßlichen Narben und Funktionsstörungen. Man kommt stets entweder mit einfacher manueller oder eventuell mit instrumenteller Dehnung aus. Man führt zunächst eine feine Sonde ein, dann immer stärkere und erweitert schließlich mit einem Pean oder einer Kornzange, die man aufsperrt; in leichten Fällen nimmt man sogleich den Pean. Leichte Einrisse schaden nicht; tiefere vermeide man, da sie zu Narben führen können; man bricht dann lieber die Behandlung ab und führt sie in einer zweiten oder mehreren Sitzungen zu Ende. Ist die Vorhaut ganz zurückgeschoben, so fettet man sie ein, schiebt sie wieder über die Glans und wiederholt dieses Manöver mehrmals. Die Dehnung wird bei Säuglingen ohne weiteres, bei älteren Kindern im Rausch ausgeführt. Die Mutter wird angewiesen, anfangs täglich zweimal, später seltener die Vorhaut zurückzuschieben, sie aber nie zurückgeschoben zu lassen (Gefahr der Paraphimose!). Sollte je einmal (was dem Verfasser noch nie vorgekommen ist) die Dehnung nicht gelingen; so ist eine kurze Zirkumzision zu empfehlen, bei der die Glans noch vom Präputium bedeckt bleibt. (D. m W. Nr. 3, 1925.)

Die primäre Nasendiphtherie der Säuglinge

ist nach Prof. K. Blühdorn und H. Völckers (Univ. Kinderklinik Göttingen) namentlich in Anstalten häufig, da hier Gelegenheit zur Infektion durch erwachsene Bazillenträger und untereinander gegeben ist. Der Verlauf ist meist gutartig, unter mäßigem oder ohne Fieber; doch ist die Diagnose wegen der Gefahr der Weiterverbreitung und der Deszension in den Kehlkopf (anscheinend „primärer Larynxkrupp") wichtig. Jeder Schnupfen ist verdächtig, wenn Lues und exsudative Diathese auszuschließen sind, namentlich ein Schnupfen mit blutig-eitrigem Ausfluß und Nasenbluten. Nicht selten ist Nasendiphtherie bei Bronchitis, Masern, Pneumonie usw., da die gereizten Schleimhäute für die Infektion besonders empfindlich sind. Für die Diagnose maßgebend ist nicht der Bazillenbefund, da es sich auch um einen Bazillenträger handeln kann, sondern der Nachweis von nicht abwischbaren, weißgelblichen Membranen durch die einfache Rhinoscopia anterior. Wenn man die Nasenspitze möglichst nach oben drückt, kann man schon den vorderen Teil der unteren Muschel und des Septums übersehen. Borken und Schleim müssen mit in Vaselin getauchten Wattestäbchen vorsichtig entfernt werden. Findet man beim Versuch der Loslösung des Belages einen leicht blutenden Defekt, so ist Nasendiphtherie höchstwahrscheinlich.

Therapie: Diphtherieserum, 1500 bis 2000 A.-E. muskulär, ist rasch wirksam, doch kann man in ganz leichten Fällen bei genauer Beobachtung zunächst zuwarten. Symptomatisch 10 bis 15 Minuten vor jeder Mahlzeit ein bis zwei Tropfen von Rp. Sol. suprarenin. synthet. 1/1000, Aq. borat. ana 5.0, in jedes Nasenloch träufeln, um das durch die verstopfte Nase erschwerte Trinken an der Brust zu erleichtern. Gegen den Entzündungsreiz eine milde Salbe, z. B. Rp. Liq. alumin. acet. 3.0, Paraffin. liquid., Lanolin ana ad 30.0. Bazillenträger sind nicht mit Serum zu behandeln, sondern Rp. Protargol. 3.0, Solve in aqu. frigid. 5.0, Lanolin, Vaselin ana ad 30.0; oder Diphtosan, eine Tablette à 0.1 in 500 cm^3 Wasser gelöst, davon ein- bis zweistündlich 20 bis 30 Tropfen in jedes Nasenloch einträufeln. (Beiheft z. M. Kl. 1924. Verlag Urban & Schwarzenberg.)

Die Serumbehandlung der epidemischen Meningitis

hat nach Dozent H. Lehndorff (Wien), die Mortalität der Vorserumzeit von 65 bis 80% auf 10 bis 25% herabgedrückt. Von den Säuglingen stirbt allerdings ein Teil später an Hydrozephalus. Am wirksamsten ist das polyvalente Meningokokkenserum bei möglichst frühzeitiger und ausgiebiger intralumbaler Anwendung. Bei Meningokokkensepsis, metastatischer Arthritis o. dgl. kommen gleichzeitige venöse oder muskuläre Gaben in Betracht. In allen irgendwie verdächtigen Fällen ist die probatorische Lumbalpunktion angezeigt. Diese erfolgt am in Seitenlage mit stark konvexer Wirbelsäule fixierten Pat. Bei den ersten Punktionen möglichst tiefer Einstich, um für spätere Wiederholungen höhere Zwischenwirbelräume zur Verfügung zu haben. Da der Eiter oft ziemlich dick ist, nehme man eine nicht zu dünne Nadel. Zwischen dieser und der Spritze ist ein kurzer Gummischlauch einzuschalten, um Abbrechen der Nadel bei plötzlichen Bewegungen zu verhüten. Man injiziert langsam das körperwarme Serum, nachdem vorher mindestens ebensoviel Liquor abgelassen wurde. Beim Säugling ist auch die Ventrikelpunktion einfach und angezeigt, wenn lumbal keine Besserung erzielt wurde. Man sticht die Nadel ungefähr in der Mitte der Fontanelle, jedoch 1½ cm außerhalb der Mittellinie (um dem Sinus auszuweichen) 3 bis 4 cm tief ein und injiziert das Serum nach Abfassen des Liquors durch die liegengebliebene Nadel in den Ventrikel. Man

lasse jedesmal möglichst viel Liquor abfließen und injiziere hierauf täglich, in schweren Fällen auch zweimal täglich, beim Säugling je 10 bis 15 cm³ Serum, beim älteren Kind 25 cm³, beim Erwachsenen 30 bis 40 cm³, solange bis der Liquor klar geworden ist, auch wenn sich inzwischen die klinischen Symptome gebessert haben. Anschließend ist Beckenhochlagerung zweckmäßig. Der unmittelbare Erfolg ist oft verblüffend: das Fieber sinkt kritisch, das Sensorium wird frei, die Kopfschmerzen und Nackenstarre schwinden. Muß man noch nach dem siebenten Tag reinjizieren, so kann meist harmlos verlaufende Serumkrankheit auftreten, eventuell aber auch Serummeningitis (Hirnödem) und Schock.

Bei Hydrozephalus wären im Anfang Ventrikelpunktionen, eventuell mit Lufteinblasung zu versuchen; später Balkenstich, Drainage usw. Über Vakzinetherapie, die namentlich bei Rezidiven und beginnendem Hydrozephalus in Betracht käme, liegen noch keine abschließenden Erfahrungen vor. Die prophylaktische Wirkung des Meningokokkenserums ist bis heute statistisch nicht erwiesen. („Seuchenbekämpfung", H. 1/2, 1925.)

Tetanie bei Kindern — Bromkalzium.

S. Wolff (Eisenach) betont, daß nach reichen Erfahrungen und Versuchen nur folgende Therapie sicher und schnell wirksam ist: Phosphorlebertran mit hohen Dosen (bis 8 g täglich) von Calcium bromatum. Die elektrische Erregbarkeit wird dadurch oft von einem Tage bis zum andern normal. Weder Calc. lact. noch Calc. acet. noch Trikalkol wirkten ähnlich günstig. Im Gegenteil, die durch das Bromkalzium bereits normale Erregbarkeit verschlechterte sich sofort beim Ersatz des Calc. brom. durch eines der anderen Medikamente. In einem Falle wurden statt 8 g Calc. brom. irrtümlich 8 g Natr. brom. gegeben, und sofort trat eine bedeutende Verschlechterung des spasmophilen Zustandes ein. Eine Schädigung durch die hohen Dosen von Calc. brom. hat Verfasser nie gesehen; etwas Somnolenz schadet diesen Kindern nichts. Auch bei Herztetanie wirkt diese Therapie günstig.

Man verordnet also praktisch neben täglichen drei Teelöffeln des gewöhnlichen Phosphorlebertrans zweistündlich einen Eßlöffel folgender Medizin: Rp. Calc. brom. 20.0, Aqu. dest. 200.0. — Man kann auch 10 g Calc. lact. hinzufügen und, wenn es auf eine besonders rasche Wirkung ankommt und schon häufige Konvulsionen vorangegangen sind, noch 5 g Urethan. Natürlich wird man bei Konvulsionen, um das Kind erst einmal zur Ruhe zu bringen und zum Trinken eines Medikamentes überhaupt erst fähig zu machen, auf die bewährte rektale Chloralhydrattherapie nicht verzichten. (Jahrb. f. Kinderh. Bd. 58, H. 1, 1925.)

Haut- und venerische Krankheiten.

Die intravenöse Bromtherapie bei Hauterkrankungen,

welche Lebejdew vor kurzem so warm empfohlen hat („Ars Medici" 1924, S. 506), prüfte Wolff an der dermatologischen Abteilung des Altonaer Krankenhauses nach und erzielte sehr günstige Resultate. Man injiziert von einer 10%igen Lösung von Bromnatrium in physiologischer steriler Kochsalzlösung anfangs 5 cm³ venös, am folgenden Tage 10 cm³ und wiederholt letztere Dosis bis zu drei- oder viermalen. Störende Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Die Wirkung ist schon nach der ersten Injektion eine auffallende. Rötung und Schwellung juckender

seborrhoischer Ekzeme bilden sich zurück und die Lokaltherapie führt nun zu schneller Heilung. Ein Patient mit chronischem, heftig juckendem Armekzem fühlte sich nach der Brominjektion „wie neugeboren“. Ebenso günstig waren die Erfolge bei Urtikaria, Salvarsan-Dermatitis und bei schwerem, durch alle Medikamente unbeeinflußt gebliebenem Pruritus senilis, wo schon der ersten Injektion eine Nacht mit ruhigem Schlaf folgte. Die Bromtherapie soll unbedingt bei allen juckenden und ekzematösen Hauterkrankungen versucht werden. Die venöse Applikation des Broms ist in der Dermatologie der oralen weit überlegen. Die Wirkung des Broms bei Hautkrankheiten ist natürlich nur eine symptomatische, die Heilung erfolgt erst durch die übliche Lokaltherapie, die aber ohne Brom so oft versagt. (Derm. Wschr. Nr. 4, 1925.)

Gesichtsseborrhoe — Behandlung.

Thibierge und Legrain empfehlen nachfolgende Schüttelpinselung jeden Abend zum Betupfen: Rp. Sulfuris praecipitati 15.0, Glycerini puri 5.0, Acidi salicylici 1.0, Spiritus camphorati 30.0, Aquae rosarum 60.0. — Morgens wäscht man dann das Gesicht mit: Rp: Spiritus saponati 50.0, Olei amygdalarum dulcium 5.0, Spiritus camphorati 45.0. — Hierauf wird das Gesicht mit Watte leicht abgerieben, die getränkt ist in folgender Lösung: Rp. Acidi salicylici 1.5, Spiritus coloniensis 80.0. — Jeden zweiten Tag werden die fetten Stellen des Gesichtes eingepudert mit: Rp. Bismuthi salicylici 10.0, Talci veneti 50.0. (Journal de méd. de Paris, 14. Februar 1925.)

Haarausfall — Galvanisation der Schilddrüse.

Nach L. Stein (Wien) und französischen Autoren ist in Fällen von hartnäckigem Haarausfall Galvanisation der Schilddrüse (2 bis 2½ Milliampère, zehn Minuten, zweimal wöchentlich) oft überraschend erfolgreich, wenn gleichzeitig Anzeichen von Hyperthyreoidismus (Zittern, Unruhe, Tachykardie, Hitzegefühl, leichter Exophthalmus, leichte Schilddrüsenschwellung u. dgl.) erkennbar sind. (W. m. W. Nr. 50, 1924.)

Zur Behandlung hartnäckig seropositiver Luesfälle.

Bei zwei Fällen von Lues ohne klinische Erscheinungen, die trotz mehrfacher genügend starker Neosalvarsan-Hg-, bzw. Neosalvarsan-Wismutkuren und sogar trotz Kombination der Kuren mit Typhusvakzineinjektionen immer wieder komplett positive Wassermann-Reaktion aufwiesen, hatte Schallinger (Brünn) Erfolg mit folgendem Verfahren: wöchentlich eine Neosilbersalvarsaninjektion (das erste Mal 0.2, dann 0.3 und dann fünfmal 0.4). 24 Stunden nach jeder Neosilbersalvarsaninjektion wurden dem Patienten 5 bis 10 cm³ Venenblut entnommen und sofort intraglutäal reinjiziert. Drei Wochen nach Abschluß dieser Behandlung war in beiden Fällen die WaR negativ. Verfasser läßt die Frage offen, ob der Wechsel des Präparates (Neosilbersalvarsan statt Neosalvarsan) oder die Blutinjektion, besonders aber die Injektion des gewissermaßen „salvarsanisierten“ Blutes das wirksame Prinzip ist. Jedenfalls verdient das einfache Verfahren bei den gar nicht seltenen hartnäckig wassermannpositiven Fällen versucht zu werden. (Derm. Wschr. Nr. 10, 1925.)

Über die künstliche Thrombosierung der Krampfadern

in über 6000 Fällen berichtet Prof. Linser (Univ. Hautklinik Tübingen). Beim größeren Teil derselben wurde 1 bis 2%ige Sublimatlösung ambulant

injiziert — niemals gab es eine Embolie, wohl aber, vielleicht bei vier bis sechs Fällen unter den Tausenden eine leichte Stomatitis, Enteritis, Nierenreizung oder Dermatose. Deshalb wird seit eineinhalb Jahren eine 15 bis 40%ige NaCl-Lösung verwendet, die als das ideale, von Nebenwirkungen freie Mittel gelten kann. Nur vorübergehend durch einige Minuten treten nach diesen Injektionen krampfartige Schmerzen auf infolge Kontraktion der Venenmuskulatur. Die Thrombosierung erfolgt in 12 bis 24 Stunden und bleibt auf jene Stellen beschränkt, wo die Lösung noch konzentriert auf die Intima einwirkt. Daher muß man vorher die Varizen durch Ausstreichen oder Hochheben des Beines und distales Abklemmen möglichst blutleer machen. Eine Gefahr des Übergreifens der Thrombose auf die Vena femoralis besteht nicht, selbst wenn man in der Nähe der Leistenbeuge injiziert, da in den großen Venen die Salzlösung durch das Blut bis zur Unschädlichkeit verdünnt wird. Ab und zu kommt es zu einer Periphlebitis mit entzündlicher Infiltration und Rötung der Haut, welche Symptome meist in wenigen Tagen unter Bettruhe und Wärme (heißem Sandsack) zurückgehen. In große Varizen mit dünner Hautbedeckung, namentlich an der Tibiadecke, soll man nicht direkt injizieren, sondern etwas distal unter Faltung der dünnen Haut über den Varizen, da man sonst umschriebene Hautnekrosen riskiert. Ebenso gibt es schmerzhafte Nekrosen, wenn nicht streng venös injiziert wird; diese werden am besten sofort exzidiert und genäht. Man überzeuge sich auch während der Injektion wiederholt durch Ansaugen von Blut, ob man in der Vene ist. Spritzt man paravenös, so tritt sofort ein heftiger Schmerz auf. Die 15%ige Lösung ist bei älteren Leuten mit großen Varizen meist nicht genügend wirksam, so daß man beim Ausbleiben der Thrombose auf 30%, selbst 40% NaCl ansteigen muß. Ebenso ist manchmal eine Reinjektion an derselben Stelle notwendig. Für eine mittlere Krampfader benötigt man 4 bis 5 cm^3. Man kann in einer Sitzung mehrere Varizen injizieren, jedoch nicht in allzu viele, da sonst bis zur Funktion der Kollateralen Ödeme auftreten. Die Thromben haften fest und verwachsen mit der Venenwand, so daß Emboliegefahr ausgeschlossen ist. Zahl, Größe und Ausdehnung der Varizen, Alter des Patienten, Komplikationen durch Ulcus cruris usw. sind für die Injektionsmethode gleichgültig. Aus diesen Gründen ist dieselbe auch der Operation entschieden vorzuziehen. (Die Ther. d. Gegenw., H. 1, 1925.)

Lupus — Krysolganiontophorese.

Aus der dermat. Univ.-Klinik in München empfiehlt Dozent F. Wirz folgende ambulante Lupustherapie: Einige Tropfen einer ½‰igen Krysolganlösung werden auf die mit Zellstoff belegte, dem Lupusherd genau angepaßte negative Elektrode (Kathode) gebracht und 10 bis 15 Minuten bei stärkst verträglichem Strom einwirken gelassen. Zweimal wöchentlich durch einige Monate. Gleichzeitig allgemeine Quarzbestrahlungen. Nach Abklingen der Stromreizung schwellen und blassen die entzündlichen Herde ab, so daß die einzelnen Knötchen nach wenigen Wochen schon inmitten gesunder Haut eingesprengt liegen. Schließlich trocknen die Knötchen ein und heilen manchmal unter Krustenbildung mit zarten Narben. (M. m. W. Nr. 1, 1925.)

Lupus vulgaris — Neosalvarsan.

Beck (Pécs) hat acht Lupuskranke mit Neosalvarsan behandelt. In drei Fällen lag Lues und Tuberkulose, in fünf Fällen nur Hauttuberkulose vor. Die Behandlung erfolgte mit den normalen Einzeldosen, und zwar so

lange, bis kein weiterer Fortschritt der Besserung mehr wahrzunehmen war. Die einfachste flache Form des Lupus mit kutanen Knötchen ohne Wucherung und Ulzeration ist für Neosalvarsanbehandlung nicht geeignet. Nur die Formen des Lupus, die Neigung zu Wucherung mit tiefer entzündlicher Granulombildung und die Tendenz zur Ulzeration zeigen, sprechen gut auf Neosalvarsan an. Neosalvarsan führt das Granulationsgewebe zu rascher Resorption, es begünstigt die Bildung atrophischer Herde und erleichtert die Narbenbildung über den Ulzerationen. Zur vollständigen Heilung muß neben dem Neosalvarsan, wie bisher, die lokale Behandlung (Strahlen, Thermokauter und Pyrogallol) herangezogen werden. (Derm. Ztschr., Bd. 42, H. 3/4.)

Über neuere dermatologische Methoden.

Prof. F. Luithlen (Wien) verweist darauf, daß physiologisch mit zunehmendem Alter alle Gewebe des Körpers an Kieselsäure verarmen, an Kalk dagegen reicher werden. Infolgedessen büßen alle Gewebe, namentlich Haut und Gefäße, an Elastizität ein, da diese vom Kieselsäuregehalt abzuhängen scheint. Die Haut wird auch trocken und schilfrig und es treten oft Pruritus, Ekzeme und andere Dermatosen auf. Stellt man bei solchen Altersdermatosen das Gleichgewicht der Basen im Mineralstoffwechsel durch Natr. silicicum venös (10 bis 20 Injektionen à 0.2 g) wieder her, so wird die Haut wieder glatt, elastischer gut durchblutet und das Jucken und alle Dermatosen schwinden rasch.

Auch bei Sklerodermie ist Natr. silic. venös wertvoll. Die Haut wird weicher, das Spannungsgefühl geringer, die Beweglichkeit besser.

Kleine Dosen von Proteinkörpern intrakutan sind oft bei den verschiedensten Dermatosen überraschend erfolgreich. Am besten wirkt Eigenblut (aus der Kubitalvene), 0.1 cm³ an zwei Stellen seitlich in die Haut des Oberschenkels injiziert, so daß Quaddeln entstehen.

Viele Fälle von Urtikaria, Erythem, Pruritus, Ekzemen, Strophulus sind durch Überempfindlichkeit der Haut gegen gewisse Stoffe (Erdbeeren, Krebse, Fische, bestimmte Fleischsorten, Eier, Eiweiß überhaupt, diverse Medikamente) bedingt. Gelingt es analytisch (Kutanreaktion) diesen Stoff zu ermitteln, so ist die Therapie gegeben (Verbot des Genusses, Desensibilisierung). (W. m. W. Nr. 47, 1924.)

Pthirii pubis — Behandlung.

Die kranken Stellen sind drei Minuten lang einzureiben mit einem Wattetampon, der in folgender (feuergefährlichen!) Lösung getränkt ist: Rp: Xyloli puri 5.0, Alcoholi absoluti, Aetheris sulfurici ana 2.5. — Nach der Einreibung entsteht lebhaftes Brennen der Haut, die Nisse lösen sich ab und werden weggekämmt. Kontraindiziert ist diese Therapie bei empfindlicher Haut oder wunden Stellen. (Sabouraud, Journal de méd. de Paris, 14. Februar 1925.)

Pityriasis versicolor — Behandlung.

Die kranken Stellen sind jeden Abend mit 1:4 verdünnter Jodtinktur zu betupfen oder mit folgender Salbe einzufetten: Rp: Saponis medicinalis 8.0; Lapidis pumicis 2.0, Sulfuris praecipitati 1.5, Acidi salicylici 0.3, Lanolini, Vaselini ana 5.0. — Bei Brennen der Haut infolge der Salbe wird diese mit Seife abgewaschen, sonst über Nacht liegen gelassen; darüber Talk- oder Reismehlpuder. Außerdem kann man noch regelmäßige

Schwefel- und Alkalibäder anwenden (z. B. mit 200 g kohlensaurem Natron pro Bad). Auch Einpuderung mit 2% Salicyltalkpuder empfiehlt sich tagsüber. Ist die Pityriasis geheilt, soll diese Therapie noch einige Wochen fortgesetzt werden, um sonst wahrscheinlich bald eintretende Rückfälle zu verhüten. (Lortat-Jacob und Legrain, Journal de méd. de Paris, 14. Februar 1925.)

Urologie.

Nephrolithiasis.

Bevor man im Anfall das nur momentan schmerzlindernde Morphium anwendet, soll man, rät Pleschner, durch krampflösende Mittel (Atropin, Papaverin), reichliches Trinken und Glyzerin per os versuchen, das Konkrement durch den schlüpfrig gemachten Ureter durchzutreiben. Dem Urologen gelingt es oft durch Ureterenkatheterismus, Einspritzen von Glyzerin oder Öl in den Ureter, Dilatation des Ureterostium den Anfall zu kupieren und den Stein in die Blase zu befördern, aus welcher er dann leicht entfernt werden kann. Im Intervall Trinkkuren (Karlsbad, Wildungen usw.). Ist der Stein zu groß oder hat er bereits zur Infektion geführt, so muß operiert werden (Pyelo-, Nephro-, bzw. Ureterotomie, eventuell Nephrektomie).

Bachrach empfiehlt als wirksamstes krampflösendes Mittel bei Uretersteinen das Papaverin, zweimal täglich 0.06 bis 0.08 subkutan. Zeigt der Ureterstein trotz wiederholter Koliken röntgenologisch keine Tendenz tiefer zu gleiten, so ist die Ureterotomie angezeigt. Länger als drei bis vier Monate soll man nicht zuwarten, da sonst die Niere gefährdet ist. (Wiener Seminarabend, Februar 1925.)

Die konservative Behandlung der Prostatahypertrophie

(Regelung des Stuhls, heiße Sitzbäder am Abend, Ichthyolsuppositorien à 0.5, Katheterismus usw.) ist nach G. Pleschner im allgemeinen nur solange statthaft, als die (spontan nicht entleerbare) Restharnmenge 150 cm³ nicht überschreitet. (Wiener Seminarabend, Februar 1925.)

Augenheilkunde.

Dringliche Indikationen in der Praxis.

Von Prof. F. Dimmer. (Aus den Internationalen Fortbildungskursen der Wiener med. Fakultät.)

Die Conjunctivitis gonorrhoica muß frühzeitig erkannt werden, um das andere Auge rechtzeitig durch einen Schutzverband (Zelluloidschale oder Uhrglas) vor der Infektion zu bewahren. Schwellung und Rötung der gesamten Conjunctiva (Lidödem), anfangs fleischwasserähnliche, bald aber dick-eitrige Sekretion bei normalem Augeninnern erfordern die bakteriologische Untersuchung, wobei nicht nur vom Sekret, sondern auch vom Bindehautepithel, das mit einem Platinspatel abgeschabt wird, ein Abstrichpräparat gemacht werden soll. Durch Milchinjektionen wird das Leiden so günstig beeinflußt, daß deren Nichtanwendung geradezu als Kunstfehler bezeichnet werden muß.

Das Ulcus serpens ist charakterisiert durch den nahezu zentral sitzenden, scheibenförmigen, seichten Substanzverlust mit einseitig stärker infiltriertem Rand und das Hypopyon. Stets ist auch der Tränensack als der häufige Sitz des Erregers zu untersuchen (wiederholt ausdrücken!). Ist derselbe frei und das Geschwür nicht progredient, so genügen Atropin, 10% Jodoformsalbe und feuchte, heiße Umschläge. Andernfalls Facharzt, Betupfen mit 20% Zinc. sulfur. (nach Kokainisierung) mittels dünnster, gut ausgedrückter Wattesonde.

Perforierende Verletzungen der Sklera werden leicht übersehen, wenn nicht der Glaskörper als durchsichtige Perle oder schleimiger Klumpen prolabierte. Wichtige Zeichen sind: Abnorme Tiefe der vorderen Kammer, Sehvermögen bei schwarzer Pupille bis auf Fingerzählen herabgesetzt. Prognose nicht ungünstig.

Ein Fremdkörper im Augeninnern (Metall- oder Steinsplitter) muß wegen der Infektionsgefahr durch den Facharzt möglichst bald extrahiert werden. Auch hier sind baldigste glutäale Milchinjektionen sehr erfolgreich. Der Weg, den der Splitter genommen hat, ist oft an der Eintrittspforte, einer kleinen Lücke in der Iris und einer grauen, partiellen Linsentrübung zu erkennen.

Sehr wichtig für die Allgemeinpraxis ist das Erkennen eines Glaukoms. Oft wird irrtümlich Iritis angenommen, Atropin eingeträufelt und das Leiden dadurch verschlimmert. Diagnostisch wichtig sind die subjektiven Angaben: Vorübergehende Sehstörung (wie ein Nebel) durch eine bis mehrere Stunden, gleichzeitig Gefühl der Spannung oder Schmerzen; bei Anfällen am Abend Auftreten regenbogenfarbiger Ringe um kleine Lichtquellen (Kerzen, Lampen), jedoch durch längere Zeit und nur gelegentlich der Prodromalanfälle (im Gegensatz zu Schleim über der Kornea oder Medientrübungen). Objektiv im akuten Anfall: ziliare und konjunktivale Injektion, manchmal Chemosis und Lidödem; Hornhaut gleichmäßig getrübt, matt, Vorderkammer seicht; Pupille erweitert, oft entrundet, exzentrisch, reaktionslos mit graugrünem Reflex (daher „Glaukom"). Die Prüfung der Spannung mit den Fingern ergibt erhöhten Druck im Vergleich zu gesunden Augen. Manchmal Erbrechen. Die Schmerzen können an Trigeminusneuralgie erinnern, bei welcher stets auch an Glaukom zu denken ist. Im Prodromalstadium findet man nur die Pupille etwas erweitert und träge reagierend, Drucksteigerung nur durch Tonometer. Bei Gl. chron. und simplex können alle Symptome bis auf die Drucksteigerung fehlen (Augenspiegelbefund: Exkavation), während das Sehvermögen allmählich sinkt.

Der Hydrophthalmus, das Glaukom des Kindesalters, wird häufig spät erkannt, da den Eltern die großen, „schönen" Augen zunächst nicht als krankhaft auffallen, sondern erst beim Auftreten von deutlicher Hornhauttrübung, Rötung, Schmerzen oder Abnahme des Sehvermögens. Obj.: Vergrößerung des Bulbus und der Hornhaut, letztere nur manchmal oder vorübergehend trüb, Vorderkammer tief; Irisschlottern, Pupille erweitert. Rechtzeitige Operation kann manchmal das Leiden zum Stillstand bringen.

Sekundärglaukom. Drucksteigerung kann eintreten bei Hornhautektasien, namentlich beim Staphylom (Iriseinheilung und Ektasie nach Perforation). Beim partiellen Staphylom kann baldige Operation noch einen Teil des Sehvermögens retten. Ebenso bei der ringförmigen hinteren Synechie (Seclusio pupillae), wobei das in der hinteren Kammer sich stauende Kammerwasser die Iris wallartig rings um die Pupille vorwölbt. Auch Linsenveränderungen (Quellung, Luxation) können zu Drucksteige-

rung führen. Wichtige Zeichen sind Mattigkeit der Kornea und Schmerzen. Intraokuläre Tumoren führen wegen der Schmerzen den Kranken meist viel früher zum Arzt als Sehstörung eintritt. Nur die Gliome bei Kindern werden oft erst spät von den Eltern als weißlicher Reflex in der Pupille bemerkt, da die Kinder meist nicht über die Sehstörung klagen. Der praktische Arzt darf einen solchen Fall nicht mit einer Katarakt verwechseln. Der Reflex kommt aus der Tiefe des Auges und nicht aus der Linse hervor und schwindet daher, wenn man aus verschiedenen seitlichen Richtungen recht schief in die Pupille hineinblickt (denn die reflektierende Masse liegt weiter rückwärts).

Akute schwere Sehstörungen bei äußerlich normalem Auge können bedingt sein durch akute Retrobulbärneuritis (Schmerzen namentlich bei Augenbewegungen und Druck auf den Augapfel, Störung namentlich des zentralen Sehens. Ther.: Augenarzt, Diaphorese, Revision der Nebenhöhlen) oder durch Ablatio retinae, namentlich bei hochgradiger Myopie (zentrales Sehen, z. B. Lesen, oft gut, hingegen Ausfall eines großen Teils des peripheren Gesichtsfeldes, in das Pat. eine Wolke hineinragen sieht; an der Grenze des Defektes Gegenstände verzerrt aussehend).

Plötzliche völlige Erblindung ohne äußere Zeichen kann bedingt sein durch Embolie der Zentralarterie. Oft bestehen Herz- und Gefäßerkrankungen und sind schon früher ganz kurzdauernde Erblindungen vorausgegangen. Keine Schmerzen, Pupille lichtstarr. Im Augenspiegel Papille blaß, enge Gefäße, umgebende Netzhaut nach einigen Stunden weißlich getrübt, kleiner roter Fleck in der Gegend der Makula, wie eine Netzhautblutung aussehend. Erste Hilfe: Kräftige Massage des Auges, eventuell durch Stunden, bis das Auge weicher wird. Wiederholt wurde dadurch das Sehvermögen wieder hergestellt. Offenbar kann infolge der herabgesetzten Spannung im Auge mehr Blut in die Gefäße einschießen und den Embolus zerteilen. Wirksamer und rascher wird jedoch der Druck durch die Punktion der Kornea herabgesetzt. Bei Astembolie entstehen plötzlich teilweise Gesichtsfelddefekte.

Schließlich sei noch die oft lebensbedrohliche Cellulitis orbitalis erwähnt. Unter starken entzündlichen Erscheinungen (Lidödem) tritt Exophthalmus auf, manchmal auch Verlagerung des Bulbus. Bindehaut mäßig injiziert und sezernierend, Chemosis, Augenbewegungen beschränkt, manchmal namentlich nach einer Richtung, Iris und Pupille unverändert, gut reagierend. Rasche Operation (Inzisionen in die Orbita, eventuell Eröffnung der Nebenhöhlen), sonst Schädigung des Sehnerven, Meningitis, Sepsis. (Sonderbeilage z. W. kl. W. Nr. 1, 1925.)

Radiologie.

Bei Röntgendermatitis

schweren Grades bewährt sich nach Nogier folgende Salbe: Rp. Ichthyol 1.5, Cocain. mur. 0.5, Camph. 6.0, Vasel. 15.0, Lanol. 20.0. (Strahlenther., Bd. XVII, H. 3, 1924.)

Zur Röntgendiagnose der Lungenspitzentbc.

machte Doz. Haudek am Wiener Seminarabend (24. November 1924) auf ein neues Zeichen aufmerksam, das die Unterscheidung von frischen und obsoleten Prozessen ermöglicht. Bekanntlich kann eine geringfügige Verdunkelung einer Spitze durch Fehlerquellen bedingt sein, andererseits kann

ein intensiver Schatten auf schwieliger Spitzenschrumpfung beruhen. Frische oder neu aufflackernde Herde sind nun im Röntgenbilde häufig von verwaschenen Höfen umgeben, die durch das kollaterale Ödem hervorgerufen sind.

Für die Röntgendurchleuchtung der Lungenspitzen gibt Gäbert (Med. Univ.-Klinik, Leipzig) behufs Vermeidung der störenden Schatten von Schlüsselbein und Schulterblatt folgende Stellung an: Der Patient wird stehend oder sitzend mit dem Gesicht der Röhre zu gedreht, der Fokus wird auf das Jugulum eingestellt. Jetzt fordert man den Patienten auf, eine möglichst krumme Haltung (Katzenbuckel) einzunehmen, dabei aber die Halswirbelsäule zu strecken und das Kinn so hoch als möglich zu heben. Die Schultern werden gesenkt, die Arme über dem Leib verschränkt; dadurch werden die Zwischenrippenräume von den störenden Schulterblattschatten freigemacht und die Schlüsselbeine kaudalwärts projiziert. Durch leichte Verschiebungen des Fokus sowie durch Vor- und Rückwärtsbewegungen des Patienten sucht man sich nun die weitest mögliche Projektion der Interkostalräume. Die Strahlen werden bis auf die Spitzenfelder abgeblendet. Durch Drehungen des Patienten nach rechts und links lassen sich auch die unterhalb und seitlich der ersten Rippe gelegenen Lungenfelder aufhellen und differenzieren. (Klin. Wschr. Nr. 47. 1924.)

Diagnose.

Eine einfache Blutkörperchensinkprobe

gibt Primar. H. Poindecker (Wien) an. Man benötigt: 1. Eine 3 bis 5 cm^3-Rekordspritze. 2. Eine eigene Nadel zum Aufziehen der Lösung Rp. Natr. citr. crist. pur. 5.0. Aqu. dest. ad 100.0 aus einem Schälchen; mehrere Venaepunktionsnadeln. 3. Mehrere Eprouvetten von 7 cm Länge und 7 mm Durchmesser, die in der Höhe von 5 cm eine Marke tragen und auf einem Ständer (eventuell durchlochte Schachtel) aufgestellt werden. Ausführung der Probe: Aufziehen in die Spritze von 0.5 cm^3 Zitratlösung, Nadelwechsel, Nachsaugen von 2 cm^3 Blut aus der gestauten Kubitalvene, Mischen, langsames Entleeren der Mischung (ohne Schaumbildung) in eine Eprouvette, bis die Marke erreicht ist, worauf die Eprouvette zwecks gleichmäßiger Aufschwemmung vorsichtig (Öffnung mit Zeigefinger verschließen, zwei- bis dreimal langsam stürzen) geschüttelt und senkrecht aufgestellt wird.

Nach dreiviertel Stunden wird der Abstand in Millimetern des Erythrozytenspiegels von der Marke abgelesen und unter Voraussetzung des Buchstaben F (= Fahräus) notiert. F 12 z. B. bedeutet somit, daß die Erythrozyten in dreiviertel Stunden um 12 mm gesunken sind. Normalwerte: Für gesunde, nichtgravide Frauen im Intermenstruum 8 bis 10 mm, für Männer 5 mm. Die höchsten bisher beobachteten pathologischen Werte betrugen bis 34 mm. (W. kl. W. Nr. 9. 1925.)

Aus der Praxis.

(Originalarbeiten.)

Aus unserem Leserkreis.

Zur Therapie der Verbrennungen empfehle ich auf Grund vieljähriger Erfahrung folgende Verfahren für die Allgemeinpraxis: Bei leichten oberflächlichen Verbrennungen wird der Brandschmerz durch

häufig gewechselte Kompressen mit eiskalter verdünnter essigsaurer Tonerde gemildert. Oberflächliche, sezernierende Brandwunden werden mit einer 3%igen Kaliumpermanganatlösung desinfiziert und dann mit einer 50%igen Ichthyollösung, später zwecks rascherer Epithelisierung mit 10% Plumb. acetic. feucht verbunden. Zur Schmerzstillung eventuell Bestreuen mit Anästhesinpulver. Ausgedehnte schwere Brandwunden werden unter verständnisvoller Assistenz mit warmer 5%iger Permanganatlösung abgespült, dann die Brandblasen mit Spitzbistouri angestochen, ihr Inhalt entleert und die Blasendecke sorgsam bis zum Ansatzrande mit Pinzette und Schere vollständig abgetragen. Sekretansammlungen unter dem Blasensaum müssen gründlich weggespült werden. Hierauf neuerliche reichliche Spülung, steriles Abtupfen der Wundflächen und Auflegen einer vierfachen Jodoformgazelage, darüber hydrophilen Mull oder Zellstoff. Die Permanganatirrigation wirkt nicht bloß reinigend und desinfizierend, sondern auch adstringierend und sekretionshemmend. Andere übermäßig konzentrierte Antiseptika sind schädlich. Der Jodoformverband bildet eine vorzüglich schützende und schmerzstillende Decke und beschleunigt als granulationsanregender Reiz die Heilung. Bei anfangs häufigerem Verbandwechsel werden nur die äußeren Mullschichten ersetzt, während die Jodoformlage noch einige Zeit unberührt bleibt. Die Wundumgebung wird mit Alkohol oder Benzin gereinigt und mit Talc. venet. eingestaubt. — Bei verschorften Brandwunden und verkohlten Partien ist vor allem die drohende Infektionsgefahr zu bekämpfen; namentlich die Randpartien sind ein günstiger Nährboden für pathogene Bakterien, insbesondere in der Nähe von Körperhöhlen. Hautbrandschorfe, straff fixierte Kutisnekrosen bleiben zunächst unberührt, nur die abgehobenen Ränder werden vorsichtig weggeschnitten. Zur Anregung der Granulation und Epithelisierung Jodoform- oder Pellidolpräparate, im Gesichte in Form von Pellidolzinkpaste oder 5% Puder ohne Verband; zur Verhütung entstellender Narben rechtzeitig Beginn mit Lapistuschierungen. — Sehr rationell ist bei schweren ausgedehnten Verbrennungen ein improvisiertes, mehrtägiges Wasserbad, durch welches die Abstoßung der Schorfe beschleunigt, das Entstehen von Narbenkontrakturen verhütet wird. Leider ist in schwersten Fällen die ungemein wertvolle und wohltuende Behandlung im permanenten Wasserbade in der Allgemeinpraxis oft nicht vollständig durchführbar. Selbstverständlich sind eitrige Einschmelzungen zu inzidieren, um eine allgemeine Septikopyämie zu verhüten. Gegen die häufige Herzschwäche ausgiebig Exzitantien (Kampfer, Koffein, Kochsalzinfusionen).

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Czernowitz.

Die Permanganatreaktion habe ich seit der Veröffentlichung von Weiss („Ars Medici" 1920, S. 221 und 1921. S. 173) in vielen hunderten Fällen als ein auch für den Landarzt sehr wertvolles diagnostisches und prognostisches Mittel befunden. In einer Eprouvette wird die Harnprobe mit doppelt so viel Wasser gründlich geschüttelt, hierauf die Verdünnung zur Kontrolle auf zwei Eprouvetten verteilt und in eine ein bis zwei bis drei Tropfen einer 1‰igen Lösung von hypermangansaurem Kali dazugetropft. Kanariengelbe Farbe bedeutet positive Reaktion. Nach meiner Erfahrung ist nun obige Konzentration nicht wesentlich; ich gebrauche eine etwa 1%ige Lösung. Die Farbenreaktion ist nur bei natürlichem Lichte zu erkennen. Braune Farbe bedeutet Mangansuperoxyd. Die kanariengelbe Farbe muß mindestens eine Stunde bestehen bleiben, im negativen Falle verblaßt sie rasch. Eitriger oder trüber Harn ist vorher zu filtrieren. Gallenfarbstoffhältiger Harn wird durch obige Lösung heller. Einstündige Dauer der kanariengelben Farbe vorausgesetzt, beweist die

Reaktion Typhus (Paratyphus, Flecktyphus), Sepsis, Miliartbc., respektive bösartige, rasch zerfallende Tbc. Bei Pneumonie und Masern ist die Reaktion hie und da positiv. Positiver Ausfall bei Lungen-, Knochen-, Bauchfell-, Nierentbc. bedeutet das letzte halbe Jahr des Lebens für den Kranken. Oft kann man sehen, daß die Reaktion nach Amputation kariöser Glieder, Nephrektomie, Abortus einer schwer tuberkulösen Frau negativ wird. Tritt die Reaktion in der Gravidität auf, so ist der künstliche Abortus angezeigt. Kürzere Dauer der Reaktion als eine Stunde (5 bis 10 bis 15 Minuten) bei chronischer Tbc. bedeutet auch bei hohem Fieber einen gutartigen Verlauf. In den letzten Tagen einer schweren Tbc. (auch Larynxtbc.) ist die Reaktion meistens negativ. Wird die Reaktion bei Pneumonie, Angina, Furunkulose, Otitis u. dgl. positiv, so bedeutet das eine Trübung der Prognose (Sepsis, Durchbruch eines Abszesses in ein Gefäß und andere Komplikationen); wird sie wieder negativ, so ist die Prognose wieder gut. Anscheinend schwere Fälle von „puerperaler Sepsis" mit negativer Reaktion geben beispielsweise eine gute Prognose; ihre Heilung wird oft irrtümlich auf intravenöse Desinfizientien u. dgl. bezogen. Bei chronischer Lungentbc. kann ein eventuell atypisch verlaufender, interkurrenter Typhus, eine miliare oder schwer progrediente Tbc. durch die Reaktion vorgetäuscht werden. Dr. K. **Tibold,** Ridijica (SHS.).

Die Proteinkörpertherapie des Ulcus ventriculi und duodeni habe ich in einer Reihe von Fällen mit frappantem Dauererfolge angewendet. Ich injiziere das Novoprotin (Chem. Werke, Grenzach in Baden) intraglutäal, etwa zehn Injektionen, jeden dritten Tag ansteigend 1, 1½, 2 Ampullen, bis deutliche Reaktionen (Schüttelfrost, Fieber und Ulkusschmerzen von ¼ bis ½ Stunde Dauer) auftreten. Während der Reaktionen, die im Laufe der späteren Injektionen immer schwächer werden, Bettruhe. Während der Kur Ulkusdiät. Nach der Kur werden auch schwer verdauliche Speisen gut vertragen; glänzende Besserung des Allgemeinbefindens. (Vgl. auch diese Nummer, Seite 166. — Die Red.)

Dr. L. **Werner,** Ullrichskirchen (N.-Ö.).

Zur Gummischwammbehandlung des Ulcus cruris („Ars Medici" 1924, S. 214 und 508) empfehle ich folgende Technik: Der ganze Unterschenkel wird mit antiseptisch imprägnierten und dem Beine angepaßten Gummischwammplatten umgeben und dann elastisch umwickelt (Cambric oder Trikot). Diese einfache Methode ist ein angenehmer Ersatz für die zeitraubenden Zinkleimverbände. Es ist erstaunlich, wie rasch die Schwellung und die erbsenartig sich anfühlenden Thrombenstränge zurückgehen und die Geschwüre infolge der durch die automatische Dauermassage bewirkten besseren Durchblutung sich reinigen und abheilen. Das Gummischwammgewebe ist völlig durchlässig, resorbiert ausgezeichnet und verträgt das Auskochen zur Reinigung. Das ganze Material nebst Beschreibung ist für Mark 5.— bei Dr. Kappis, Stuttgart, Blücherstraße 8, erhältlich. Für Mitteilung über Erfahrungen mit dieser Methode wäre ich dankbar.

Ich benütze die Gelegenheit, um Ihnen zu sagen, daß ich von der „Ars Medici" sehr befriedigt bin und diese allen meinen Bekannten empfehle. Für uns praktische Ärzte gibt es nichts Besseres.

Dr. O. **Baechtle,** Schönaich (OA. Böblingen).

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.[1]

Fragen.

82. Junges Ehepaar, von kräftiger, blühender Gesundheit, hatte bisnun zwei Kinder und beide starben an Erythrodermia desquamativa Leineri. Verzweifelte Mutter bittet um Rat. Gibt es eine Art Prophylaxe? Kur? Betone, daß bei beiden Eheleuten die WaR negativ ausgefallen ist. Dr. A. S. in R.

83. Welchen Wert hat A. Siegers „Antidiabeticum" und welches sind seine Bestandteile? Das Mittel wird von Fr. Löw in Walldorf bei Frankfurt am Main hergestellt. Dr. K. in L.

84. 48jährige Patientin; seit zwei Jahren fast ununterbrochen Zungenschmerzen, „als sei die Haut von der Zunge abgezogen". Dieses Gefühl ist oft an der ganzen Zunge, dann nur an den Seiten, dann wieder an der Spitze. Zunge sieht dann flammend rot aus, manchmal auch der Rachen. Keine Schwellung. Oft nur flüssige Nahrung möglich. Die Kranke magert stark ab. Dr. O. M. in B.

85. Patient leidet seit drei Jahren an nervösem, vermehrtem Lidschlag mit Nicken des Kopfes. Der N. supraorbitalis ist sehr druckempfindlich; außerdem besteht allgemeine Nervosität. Bisherige Therapie: Elektrizität, Chlorylen, Brom und Eisen. Dr. H. T. in K.

86. Primipara im sechsten Schwangerschaftsmonat hat überhaupt kein Kolostrum. Auch mit der Lupe lassen sich keine Öffnungen an den Brustwarzen konstatieren. Was ist zu tun? Dr. M. in V.

87. 35jährige Patientin machte in den Jahren 1918 bis 1921 mehrmals akuten Magenkatarrh durch. Seither strengste Selbstbeobachtung durch die sehr intelligente Dame. Heute verträgt sie ohne Beschwerden Fleischspeisen, auch Schweinefleisch in mäßigen Mengen, Gemüse, gekochtes Obst, Orangen, geringe Mengen Fett, besonders Butter in Kaffee aufgelöst, nur wenig Zucker. Dagegen hat der Genuß auch nur ganz geringer Mengen von Speisen, die Mehl enthalten, auch von Brot, zur Folge, daß sich die sonst schön rote Zunge belegt, und zwar schon innerhalb ½ bis 1 Stunde, daß ein „pappiger" Geschmack im Munde und Unbehagen im Magen auftritt; bei reiner Fleischdiät verschwinden diese Beschwerden wieder in 16 bis 20 Stunden. Alkohol wird in keiner Form vertragen, ebensowenig Medikamente, die Alkohol enthalten, z. B. Tinctura Rhei vinosa. Der Ernährungszustand ist gleich geblieben, eine sehr erwünschte Zunahme kann mit der Fleischdiät nicht erreicht werden. Von den sonst unverträglichen Mehlspeisen bilden nur die Haferflocken eine Ausnahme, die keine Beschwerden verursachen. — Amara, Azidolpepsin und ähnliche Präparate ohne Erfolg. — Vielleicht kann mir einer der Kollegen einen Rat geben. Dr. R. H. in B.

88. 38jähriger Patient, vor 15 Jahren Epididymitis links, hat seither zeitweilig Schmerzen, Schweißabsonderung und Hitzegefühl im linken Hoden. Im Ejakulat fehlen Spermatozoen. Was ist die Ursache der Azoospermie und kann sie behoben werden? Dr. H. H. in P.

---

[1] **Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Raummangels werden nur die Anfragen von allgemeinem Interesse veröffentlicht. Behufs etwaiger brieflicher Beantwortung ersuchen wir daher um Beifügung von Rückporto.** Die Red.

89. Meine dreijährige Enkelin wurde wegen Polypen der Stimmbänder operiert. Da die durch die Operation behobene Heiserkeit sich jetzt wieder eingestellt hat, scheint der Prozeß sich erneuert zu haben. Was ist zu tun? Röntgenbehandlung?
Dr. F. J. in P.

90. Ist beim bulbären Symptomenkomplex von Salvarsan eine Besserung zu erwarten? Sonstige Therapie? (Seit etwa einem Jahre Abmagerung, Sprachstörung, kann den rechten Arm fast nicht mehr gebrauchen.) Dr. G. in S.

91. Spricht dauernder Urobilinogengehalt des Harns für einen latenten tuberkulösen Prozeß? Jedwedes Leberleiden und sonstige Krankheiten sind ausgeschlossen. Dr. J. H. in H.

92. Wer hat praktische Erfahrungen mit dem Röntgenapparat für den praktischen Arzt „Cooli" der Firma „Sanitas", Berlin N. 24?
Dr. M. F. in S.

93. Hier in München wird der Japanische Teeschwamm als Heilmittel und als Prophylaktikum maligner Geschwülste gerühmt. Wer weiß etwas darüber? Dr. H. K. in M.

94. 27jährige, kräftige Bäuerin, Primipara, erbricht nach spontaner Geburt jede Nahrung. Allgemeinbefinden, Puls, Temperatur nach dem Bericht der Hebamme ohne Besonderheiten. Am vierten Tage nach der Geburt werde ich gerufen, finde die Frau vollkommen klar, jedoch mit verfallenen Gesichtszügen, tiefen Augen; Puls kräftig, 84, Temperatur 36.8; Abdomen überall weich, nirgends druckschmerzhaft. Auf 0.02 Morphium hört das Erbrechen auf, die Frau fühlt sich wohler. Am nächsten Morgen wieder Erbrechen, langsamer Verfall, Exitus. Um was kann es sich handeln? Dr. P. in P.

95. Ich habe in letzter Zeit nach Zahnextraktionen in Lokalanästhesie mit 2% Novokain-Suprarenin öfters Angina lacunaris auftreten gesehen. Natürlich erfolgten die Injektionen steril. Besteht ein Zusammenhang? Dr. J. E. in J.

96. 42jähriger Herr erkrankt plötzlich nachts unter schwerster Atemnot, Fieber, Schmerzen in der Lebergegend. Die Konjunktiven leicht ikterisch; Temperatur 39.3; Unterleib aufgetrieben, kein Caput Medusae, kein Aszites; Milz tastbar, Leber kolossal vergrößert. Über der Lunge scharfes Kompressionsatmen, Leber auf Druck sehr empfindlich, Oberfläche der Leber glatt, Gallenblase nicht tastbar. Im Harn kein Gallenfarbstoff, kein Eiweiß, kein Zucker. Ähnliche Anfälle hatte Patient seit 15 Jahren, anfangs alle ein bis drei Jahre, jetzt öfter (seit drei Monaten allmonatlich, angeblich nach üppigerem, fettem Essen). Nach drei bis vier Tagen ist der Anfall vorüber und das Fieber gewichen. Die Leber schwillt in etwa 14 Tagen zur Norm ab, die Milzschwellung besteht weiter. Eine zehnjährige Tochter des Patienten hat ebenfalls zeitweilig gelbe Konjunktiven, Fieber, Leber- und Milzvergrößerung, sieht dabei gut aus und hat guten Appetit. — Diagnose? Therapie? Ich gebe einstweilen schwache Kalomeldosen (0.05 einigemale täglich), die leichten Stuhl erzeugen.
Dr. K. G. in E.

97. Gibt es ein dauerndes Mittel gegen Parkinsonismus nach Enzephalitis? Mit Injektionen von Skopolamin erzielte ich nur vorübergehende Erfolge. Wer hat Erfahrungen mit anderen Injektionen, insbesondere mit „Malariatton" nach Wagner-Jauregg? Dr. M. C. in S.

98. Vor kurzem kam mir unter der Aufschrift „Magen- und Darmgeschwüre und der Kakaogenuß" ein Aufsatz in einer Laienzeitschrift in die Hand, in welchem mit Hinweis auf den Wiesbadner Magen- und Darmfacharzt Dr. Schacht vor der Schädlichkeit des

Kakaos gewarnt wird, da dieser neben einem gewissen Zucker- und Eiweißgehalt auch Mangan und etwa 4% Oxalsäure enthalten soll. Wie steht es damit? Dr. K. in K.

9. Ein jetzt dreijähriger Knabe bekommt beim Urinieren stets Erektionen des Penis, und zwar war das schon im frühesten Säuglingsalter der Fall. Das Kind ist und war körperlich und geistig stets vollkommen gesund, ist lebhaft und intelligent und kräftig entwickelt. Es stammt aus völlig gesunder Familie. Ist das ein Hinweis auf eine degenerative oder irgendwie abnorme Anlage? Dr. H. in F.

100. Im Beihefte zur M. Kl. 1924 wird von Blühdorn und Völkers die Serumtherapie und der anaphylaktische Anfall bei Diphtherie besprochen. Es heißt dort, daß die Serummenge fraktioniert einverleibt werden soll und, falls nach der ersten intrakutan injizierten Serummenge keine Rötung an der Injektionsstelle auftritt, nach einer halben Stunde eine weitere Dosis injiziert wird usw. — Was tut man aber, wenn eine solche Reaktion wohl auftritt? Kann man dann gar kein Serum injizieren? Dr. E. M. in D.

101. Bei einem vierjährigen Kinde ist am linken Oberlid wahrscheinlich wegen eines Abszesses eine quere Inzision gemacht worden. Im Anschluß daran hat sich an diesem Lid eine subkutane zystenähnliche Anschwellung gebildet, aus der sich durch die Inzisionsöffnung fast ununterbrochen eine wasserklare Flüssigkeit tropfenweise entleert, bzw. ausdrücken läßt. Nach der Entleerung bleibt die vermutliche Zyste leer, füllt sich aber, besonders bei den Abwehrbewegungen des Kindes, sehr rasch wieder. Diagnose? Therapie? Dr. D. M. in S.

102. Ist die in weiten Volkskreisen verbreitete Behauptung, daß eine saure Kost der stillenden Mutter (z. B. Häringe, Sauerkraut, Apfelsinen) beim säugenden Kinde Leibschmerzen verursacht, zutreffend? Dies ist ja unwahrscheinlich, da Säuglinge auch Sauermilch, Buttermilch usw. vertragen. Dr. H. B. in B.

103. Patient zehnjährig, leidet seit einem halben Jahre an Conjunctivitis vernalis. Exzessiv dicke, wulstige Auflagerungen um die Kornea. Nach Abtragen der Wucherungen Rezidive. Gelbe Salbe, Ichthyolsalbe, Dionin, Adrenalin, Xeroform, dunkle Brillen, Massage, alles erfolglos. Klimawechsel unmöglich. Wie wäre abzuhelfen? Dr. Z. in H.

Antworten.

Asphyxia neonatorum. Zu Ihrer Notiz betreffend Lufteinblasung bei Asphyxia pallida neonatorum in 1924, S. 207 möchte ich bemerken, daß ich kürzlich abends bei der Lektüre von Zolas „La Joie de vivre" zu meiner Verwunderung las, daß die Pauline bereits genau dieselbe Methode anwendet zur Wiederbelebung des asphyktisch geborenen Kindes ihres Vetters Lazar. Das Buch zeigt die Jahreszahl 1884. „Was kein Verstand der Verständigen sieht, das übet in Einfalt ein kindlich Gemüt".

Dr. J. **Kramer**, Asbach.

Sycosis. Die von Dr. Rosenberg in Turka empfohlene („Ars Medici" 1925, S. 88) Behandlung der Sycosis mit Salizylspiritus und Cholevallösung hat sich bei meinem 40jährigen Bruder, der seit eineinhalb Jahren an einer hartnäckigen Sycosis der behaarten Nasalschleimhaut leidet, glänzend bewährt. Die bisherige Behandlung mit einem ganzen Arsenal von antiparasitären Mitteln, Epilation, wiederholte Röntgenbestrahlung waren vollkommen wirkungslos. Nun, seit Anwendung der Dr. Rosenbergschen Kur

— ipsissima verba: — „schon nach einer Woche Entzündung abgeflaut, keine Schwellung mehr, keine Empfindlichkeit auf Berührung (seit einem Jahr immer schmerzhaft gewesen), leichtes Schneuzen, mit einem Worte: wunderbarer Erfolg". — Nebst bestem Dank für den guten Rat, empfehle daher auch ich dieses probate Mittel allen Kollegen aufs wärmste.

Dr. V. **Austerlitz**, Bardiov, CSR.

Ad 241/1924. Lourdes. Im Bureau des Constatations médicales in Lourdes sah ich die Vorstellung vieler geheilter Kranker, die einen wissenschaftlichen ernsten Eindruck machte. Es sollen 625 Ärzte im letzten Jahre diese Anstalt besichtigt haben. Die ärztliche Literatur über Lourdes ist ziemlich groß. Ich nenne z. B.: Dr. Marchand: Le Fait de Lourdes et le Bureau des Constatations médicales (1923; Tégni). — Dr. Le Bée: Preuves médicales de Miracle (mit Röntgenaufnahmen; 1921). — Dr. Boisoarie. Lourdes (Les Guérisons: quatre séries). — Dr. H. Guinier: Le Surnaturel dans les Guérisons de Lourdes. — Dr. D. de Grandmaison de Bruno: Les guérisons de Lourdes. — Dr. Marchand: Carnet d'un médecin. — Prof. Dr. Lavrand: La suggestion et les Guérisons de Lourdes. — Doktor Dozous: La Grotte de Lourdes, sa fontaine, ses guérisons. — Die neuesten ärztlichen Befunde erscheinen regelmäßig in den „Annales de Notre Dame de Lourdes" in Lourdes. Dr. phil. I. **Merz**, Zagreb.

Ad 6/1925. Parasitenübertragung durch Hauskatzen. Die Zahl der Krankheiten, welche von den Hauskatzen auf den Menschen übertragbar sind, ist eine geringe. Es kommen nur einige parasitäre Leiden in Betracht. Von pflanzlich-parasitären Hautkrankheiten sind insbesondere folgende anzuführen: Der Favus oder Erbgrind kann mitunter durch Hauskatzen übertragen werden, indem sie sich an Mäusen mit dem Favuspilz, dem Achorion Schönleini, angesteckt haben. Ebenso hat man bei Katzen eine durch Trichophyton bedingte Hautkrankheit, den Herpes tonsurans, beobachtet. Von tierischen Hautparasiten wären anzuführen die Skabies. Das, was die Tierärzte als Räude bezeichnen, ist zum Teil nichts anderes als Krätze. So kann die Sarkoptesräude des Hundes auf die Katze und dann auf die Menschen übertragen werden. Von Darmparasiten kommen in Betracht: Die Trichinenkrankheit (Trichinosis), indem die Katzen durch Verzehren von trichinösen Mäusen oder Ratten sich mit Trichinen anstecken. Eine eventuelle Beschmutzung der Hände oder Nahrungsmittel mit trichinenhaltigem Kot der Katzen könnte als Übertragungsmöglichkeit gelten. In seltenen Fällen hat man ferner den Katzenspulwurm, den Ascaris mystax, beim Menschen gefunden. Derselbe ist bekanntlich kleiner als der Ascaris lumbricoides und man bemerkt an dem Kopfende desselben einen flügelartigen Vorsprung, der sehr charakteristisch ist.

Dr. E. **Kapelusch, Wien.**

Ad 7. Phlebitisbehandlung. Seit 22 Jahren habe ich meine Methode geübt und ausgebaut, anfangs zum Schrecken und Hohn der Kollegen, die an die alte Methode der Ruhebehandlung gewöhnt waren. Unter 3000 bis 4000 Patienten erfuhr ich nur von zwei Todesfällen, welche sicher nicht Folgen von Embolie waren. Gewiß kann eine Beckenthrombose vorkommen, aber nach meinen reichen Erfahrungen ist dies nicht einmal in 1% der Thrombophlebitisfälle der Fall. In allen anderen und gerade in den ganz frischen und schmerzhaften Fällen ist mein Verband unbedingt indiziert und beseitigt im Gegensatz zu dem allgemeinen Vorurteil die Beschwerden sofort fast völlig. Durch den enorm festen, aber absolut gleichmäßigen Druck auf die entzündete Vene und namentlich auch oberhalb der entzündeten Stelle ist es unmöglich, daß sich ein Gerinsel loslös-

und in das rechte Herz und den kleinen Kreislauf gelangt. Ferner wird durch den enormen Druck die Thrombose zur Erweichung und zur Aufsaugung gebracht. Bei der Thrombophlebitis sind nicht nur die betroffenen Venen krankhaft erweitert, sondern fast immer der ganze Venen- und oft auch der Lymphplexus des Unterschenkels. Durch den festen Verband werden nun Venen- und Lymphgefäße so eingeengt, daß die nicht mehr korrekt schließenden Valvulae semilunares zum Schluß gebracht werden und bei Bewegungen Blut und Lymphe mächtig nach oben strömen. Die vorher bleischweren Beine sind federleicht, so daß der Patient zu seinem Staunen mit größter Leichtigkeit geht. Und er muß sofort gehen, sogar recht viel gehen, damit sich die Zirkulation auf die neuen Verhältnisse einstellt. Zu dem zweiten Unterschenkel- und stets zu dem etwa notwendigen Oberschenkelverband verwende ich die Frakturabinde von Emil Bender in Kaiserslautern oder die von Carl Blank in Bonn nach meinen Angaben angefertigten Pflasterbinden, die monatelang liegen können, und mit denen der Patient nach Belieben baden kann.

Dr. Heinrich **Fischer**, Wiesbaden.

Ad 34. Der chronische und hartnäckige Darmkatarrh bei bestehendem, wenn auch inaktivem spezifischen Lungenprozeß wurde von den erwähnten Spezialisten scheinbar als gastrogene Enteritis gedeutet und daher Azidolpepsin bei niedrigen Säurewerten ordiniert. Falls ein Dünndarmkatarrh besteht, wird eine entsprechende Umstellung des Kostregimes etwaiger Fäulnis oder Gärung Rechnung tragen. Dem lästigen Meteorismus wird man mit Adsorbentien (z. B. Carbo animalis) entgegenwirken. Da der geschilderten chronischen Darmaffektion ein akuter Infekt vorausgegangen ist, scheint es sich vielmehr um eine Gleichgewichtsstörung in der Symbiose der obligaten Darmflora zu handeln. In letzterem Falle würde ich Ihnen vorschlagen, unter genauer Kontrolle der Darmfunktion eine Behandlung mit Mutaflor zu versuchen. Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 47. Schrumpfniere. In dem Bewußtsein, wahrscheinlich vielfach Mittel zu empfehlen, die bereits angewandt worden sind, läßt sich zur Beantwortung der Frage nach der Therapie der Endzustände bei Nephritis nur die Richtung der therapeutischen Möglichkeiten überlegen. Renal: Anpassung der Diät und des Regimes an die Nierenfunktion (Eiweiß-, Salz-, Flüssigkeitsausscheidung, eventuell Obsttage, Trinktage zur Durchspülung). Vasomotoren: Gefäßerweiternde Mittel: Diuretin dauernd dreimal 0.5 g täglich, Versuch mit Injektionen von Natrium nitrosum (Serien zu zehn Injektionen à 0.02), Papaverin, Akineton, wiederholte kleine Aderlässe, Versuch der Lumbalpunktion. Flüssigkeitsbeschränkung. — Cor: eventuell dauernd kleine Digitalismengen. — Nervensystem: Beruhigungs- und leichte Schlafmittel, eventuell Chloralhydrat, wahrscheinlich Morphium nicht zu entbehren, eventuell Wechsel der Umgebung (Süden), falls gefahrlos möglich. Prof. Dr. A. **Müller-Deham**, Wien.

Ad 48. Pyelozystitis. Mit der inneren Medikation sind die Behandlungsmethoden der chronischen Pyelitis nicht erschöpft, ebensowenig wie eine chronische Zystitis allein durch innere Mittel zu beheben ist. Vielmehr haben wir im Ureterenkatheterismus in Verbindung mit Nierenbeckenspülungen (Ag. nitr. 0.1 bis 1%) ein ausgezeichnetes und wirksames Mittel, wenn es nicht bereits zu Pyonephrose gekommen ist oder Steine die Eiterung unterhalten (Klärung durch Röntgenaufnahmen!). In letzteren Fällen ist nur chirurgisch etwas zu erreichen. — Tbc. ist nach dem geschilderten Untersuchungsbefund unwahrscheinlich.

Dr. F. **Ludwig**, Frankfurt am Main

Ad 49. Habituelle Obstipation. Nachdem die erfolglos bekämpfte habituelle Obstipation bei der Mutter bereits in der Kindheit eingesetzt hat und bei einem Kinde der Patientin eine hartnäckige, schwer beeinflußbare Koprostase seit der Geburt besteht, wird der ätiologische Faktor in einer kongenital bedingten Anomalie der Darmformation zu suchen sein (z. B. Megakolon). Ein präzises Röntgenogramm wird darüber aufklären, ob eine lokale Funktionsstörung im Ablauf der Darmperistaltik (Ascendens-, Transversum- oder Descendens-Typus) vorliegt oder eine pathologische Dickdarmformation die physiologische Passage hemmt. Die Klärung des ätiologischen Momentes verspricht die Möglichkeit, die bisherige erfolglose symptomatische Therapie durch eine zielsichere Behandlung des ermittelten Grundübels zu ersetzen. Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 57. Atresia vaginae. Bei der kompletten Atresia vaginae kommt ebenso wie beim angeborenen Defekt die Mori-Baldwinsche Dünndarm- oder die Popoff-Schubertsche Mastdarmeinpflanzung in Betracht. Funktionell geben beide Methoden annähernd gleich gute Resultate. Die neugebildete Scheide erfüllt ihre Aufgabe als Kohabitationsorgan, und die Patientinnen werden von der psychischen Depression, an welcher sie oft leiden, befreit. Unangenehm ist bisweilen die stärkere Schleimsekretion, die durch Spülungen entsprechend gemildert werden kann. Schmerzen beim Koitus im Scheideneingang, bedingt durch die Enge des Introitus, werden durch systematische Dehnungen behoben. Ein Nachteil der Mastdarmmethode besteht in der gelegentlich auftretenden Fistelbildung und Inkontinenz. — Prognostisch quoad vitam ist die Mastdarmmethode der Dünndarmplastik weitaus überlegen; Mortalität bei letzterer über 20%, bei ersterer etwa 8%. Demnach muß wohl der Mastdarmplastik als minder gefährlich und funktionell gleichwertig der Vorzug gegeben werden.
Prof. Dr. J. **Halban**, Wien.

Ad 61. Krupp. Ich halte die Tracheotomie für notwendig, sobald die Atemnot zunimmt oder bestehen bleibt trotz Injektion von Serum. Hexeton (Bayer) und Lobelin (Ingelheim).
Dr. H. **Buschmann**, Bleialf.

Ad 64. Die Scharlachvakzine nach Gabryczewski enthält abgetötete Kulturen von aus dem Rachenabstrich und Blut Scharlachkranker gezüchteten Streptokokken. Eine Ampulle enthält 1 cm³ Vakzine mit etwa 200 Millionen Keimen. Die Scharlachvakzine wird ausschließlich prophylaktisch bei Gesunden angewendet, die der Ansteckungsgefahr mit dem Scharlachvirus ausgesetzt sind. Sie wird auch zur Schutzimpfung im Inkubationsstadium verwendet, aber jedenfalls noch vor dem Einsetzen der ersten Krankheitserscheinungen (Angina, Exanthem). Entsprechend dem Alter und der Konstitution des Kindes werden zum ersten Male 0.1 bis 0.5 cm³, zum zweiten Male die doppelte Dosis (falls die Reaktion nicht zu stark war) und zum dritten Male eine um die Hälfte höhere Dosis als die vorherige injiziert. Die Schutzimpfung wird subkutan in Abständen von vier bis fünf Tagen durchgeführt. Bei Erwachsenen entsprechend höhere Dosen. Es muß ausdrücklich hervorgehoben werden, daß eine einmalige Schutzimpfung keinen Zweck hat, die zweite Impfung verleiht schon eine etwas längere Immunisierung, die erst nach der dritten Impfung vollständig wird und ein bis zwei Jahre anhält. — Die Vakzine wurde zuerst von Gabryczewski, Professor der Bakteriologie an der Moskauer Universität, im Jahre 1905 empfohlen. Zahlreiche russische und weniger polnische Ärzte haben eine gute prophylaktische Wirkung des Mittels gesehen. Übrigens hat auch Sindon in Rom unabhängig von Gabryczewski ähnliche Schutz-

impfungsversuche gegen Scharlach gemacht, und zwar mit abgetöteten Kulturen von aus dem Blute und Knochenmark von Scharlachkranken gezüchteten Keimen. An drei aufeinanderfolgenden Tagen wurden je 2 cm³ dieser Vakzine intramuskulär injiziert. Von den 292 geimpften und der direkten Infektion mit Scharlach ausgesetzten Kindern erkrankte nur ein Säugling. Auch das deutsche Präparat „Scarlatin I" (Anfrage Nr. 71) beruht auf ähnlichen Grundlagen. Dr. B. **Bernfeld**, Sambor.

Ad 65. Plötzliche Ohnmacht mit tödlichem Ausgang. Der Tod kann in diesem Falle vom Herzen oder von einer Embolie an nicht-motorischer Stelle des Gehirns herrühren (z. B. Kleinhirn). Das Erbrechen kann hunderterlei Ursachen haben; ist doch beim Tode und bei Ohnmachten Erbrechen ebenso wie unwillkürlicher Stuhlabgang, Samenergießung und Harnabgang nichts Ungewöhnliches. Die üblichen Erklärungen sind entweder „reflektorisches Erbrechen" oder „Anämie der Medulla oblongata", womit natürlich über den feineren Mechanismus dieser Vorgänge nichts ausgesagt ist. Prof. Dr. M. **Sternberg**, Wien.

Ad 65. Singultus und Erbrechen kopiöser Massen deuten hinreichend darauf hin, daß bei der herzkranken Frau infolge mechanischer Einwirkung des durch blähende Gärungsgase überdehnten Magens ein maximal hoher Zwerchfellstand herbeigeführt wurde. Zufolge dieses extrakardial schädigenden Einflusses, den nicht immer jedes Herz toleriert, ist im Anschluß der Überanstrengung bei der Defäkation durch Reizleitungsstörungen Erlahmung des leistungsschwachen Herzens eingetreten, der zu einem tödlichen Herzkollaps geführt hat. — Kein außergewöhnlich seltenes Vorkommnis, daß nach einem Stuhlgang ohne anscheinend erkennbare Ursache sofortiger Exitus eintreten kann. Im soeben vergangenen Monate hatte ich Gelegenheit, zwei derartige Fälle zu beobachten. Beide ereigneten sich im Klosett an Ort und Stelle. Veranlassende Todesursache: Nikotinisierte Herzen (40 bis 45 Zigaretten täglich). Einen dritten verzweifelt ähnlichen Fall mit jedoch günstigem Ausgang hatte ich vor sieben Jahren behandelt. Eine herzgesunde Dame war beim Verlassen des Klosetts bewußtlos niedergestürzt. Leichenblässe, Puls zwölf Schläge in der Minute, kein Karotidenpuls, kaum wahrnehmbare Atemfunktion, keine Reflexe. — Kardialvasomotorische Exzitationsmittel ohne momentanen Erfolg. Erst durch kräftige ausdauernde künstliche Atmung mit rythmischer Herzmassage konnte ich Wiederbelebung erzielen und die Herztätigkeit allmählich restituieren. Als Erklärungsursache dieses Herzkollapses vermochte ich momentane zerebrale Anämie im Intermenstruum, chronische Obstipation und Hämorrhoiden nachträglich zu erheben.
Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Czernowitz.

Ad 67. Wiederholte Thrombophlebitis. Ursächlich kommt vielleicht abnormer Fibringehalt des Blutes (Hyperinose) in Frage. Empfehle mehr vegetarische Lebensweise, monatelangen Gebrauch von Cremor Tartari (dreimal täglich einen Teelöffel) und vor allem öfters wiederholten Aderlaß, je nach dem Kräftezustand alle ein bis zwei Monate etwa ¼ bis ½ l. Auch A s c h n e r macht prophylaktisch den Aderlaß zur Verhütung postoperativer Phlebitis und Thrombose. (M. m. W. Nr. 9, 1925.)
Dr. **Burwinkel**, Bad Nauheim.

Ad 69. Die Einspritzungen gegen Tuberkulose, die der geistliche Rektor Zilles in Bonn macht, sind nach den uns zukommenden Berichten mehrerer Ärzte in der dortigen Gegend wohl bekannt. Rektor Zilles hält die Art seines Mittels streng geheim, doch soll es sich nach Andeutungen um

Phthisikerschweiß oder ähnliches handeln. Die Injektionen sind sehr teuer und von wirklichen Erfolgen ist natürlich nichts bekannt geworden. Wohl aber berichtet uns ein Arzt, daß Z. einem hoffnungslos Lungen- und Kehlkopftuberkulösen bis zu seinem Tode andauernd Injektionen machte.

Die Red.

Ad 71. Scarlatin I und II habe ich vor einigen Jahren mit sehr gutem Erfolge benützt. (Vgl. auch die Antwort „Ad 64". — Die Red.)

Dr. R. **Ofner,** Keltsch.

Ad 72. Aszites. Novasurol kann trotz Vitium unbedenklich gegeben werden, versagt aber meist bei Aszites. Guten Erfolg bringt oft: Rp. Diuretin, Theophyllin ana 0.3 M. f. pulv. da tal. dos. Nr. VI. in caps. amyl., dreimal täglich je eine Kapsel nach dem Essen, oder falls Medikamente abgelehnt werden, Theocin. natr. acet. 0.3 in Suppositorien. Gar nicht selten bewährt sich eine Zitronenkur: dreimal täglich den frisch ausgepreßten Saft von zwei bis sechs Zitronen am Tag, sowie Cremor Tartari (dreimal täglich einen Teelöffel). Dr. **Burwinkel,** Bad Nauheim.

Ad 73. Arthritis deformans. Ich rate zu Schwefelinjektionen (Sufrogel, Heyden) und Yatren-Kasein- und Neuro-Yatren-(Behring-Werk)-Injektionen. Ferner sind oft sehr brauchbar Transkutan-Bäder (leider sehr teuer). Dr. H. **Buschmann,** Bleialf.

Ad 73. Bei Arthritis deformans, welche erfahrungsgemäß häufiger bei Frauen nach dem 30. Lebensjahre vorkommt, habe ich von Milchinjektionen (jeden fünften Tag 3 bis 5 bis 10 cm³ steriler Milch intramuskulär) in Verbindung mit der oralen Darreichung von Ovosan-Tabletten à 0.3 (Sanabo-Werke) recht schöne Erfolge gesehen. Diesen Erfolg — der sich erst nach mehreren Wochen nach der Milchinjektionstherapie einstellt, kann man später durch eine Atochinol („Ciba")-Kur — wie sie Dr. Hüttel in Prag empfiehlt (siehe „Ars Medici" 1924, S. 377 und 424), vermehren. Insgesamt habe ich die Milchinjektionen nur etwa vier bis fünf Wochen hindurch gemacht und dann die Atochinol-Kur (zwei- bis dreimal täglich zwei Tabletten) angeschlossen. Die Patientin, die ich im Vorjahre in dieser Weise behandelt habe und die früher Monate hindurch gehunfähig war, kann nun Spaziergänge unternehmen und wird nun zur Nachkur die Bäder in Gastein gebrauchen. Die alten Fälle — die viele Jahre bestanden haben — können medikamentös kaum beeinflußt werden und gehören in das Gebiet der Chirurgie. Dr. J. **Rozsas,** Wien.

Ad 73. Versuchen Sie Einspritzungen mit Solut. acid. formic. (nach Krull-Reuter). Dr. **Rocha,** Gladbeck.

Ad 73. Ich behandle Athritis deformans laut Angaben von Professor Alois Strasser mit einer 1%igen Schwefel-Ölemulsion intramuskulär mit sehr gutem Erfolg. Dr. K. **Wasserbrenner,** Wien.

Ad 73. Für besonders schmerzhafte Fälle empfehle ich intravenöse Atophanylinjektionen. Mit der von der Erzeugerfirma empfohlenen Dosenfolge habe ich die besten Erfolge gehabt, und zwar vier Tage hintereinander je eine Injektion, dann drei Tage Pause und Wiederholung der Kur bis zu 10 bis 15 Ampullen. Einer gleichzeitigen physikalischen Behandlung stehen keine Bedenken entgegen. Die schmerzstillende Wirkung der Atophanylbehandlung ist bei den quälenden Schmerzkrisen der Arthritis deformans ziemlich augenfällig und wird von keinem anderen innerlich gebrauchten Analgetikum auch nur annähernd erreicht.

Dr. V. **Weinbach,** Wien.

Ad 74. Ulcus duodeni. Nehmen Sie dreimal täglich einen Teelöffel von folgendem Pulver in Wasser verrührt nach der Mahlzeit: Rp. Ol. foenicul. gtt V, Elaeos. anis. 5.0, Magnes. ust., Natr. bicarb. pur. ana 10.0, Extr. Bellad. 0.3. Dr. **Burwinkel,** Bad Nauheim.

Ad 74. Vielleicht bringt intravenöse Injektion von Novoprotin Heilung oder wenigstens einigen Nutzen. Gerade die mit Ulcus duodeni oft verbundenen spastischen Erscheinungen am Darm gehen nach den Injektionen zurück. Diätetische Maßnahmen, lokale Wärmeapplikationen sollen daneben nicht außen acht gelassen werden.

San.-Rat Dr. **Wahle,** Bad Kissingen.

Ad 74. Machen Sie Einspritzungen mit Solut. acid. formic. (nach Krull-Reuter). Dr. **Rocha,** Gladbeck.

Ad 74. Rp: Natr. sulf. pulv. sicc. 30.0, Natr. phosph. plv. sicc. 30.0, Natr. bicarb. 40.0, M. f. p. ad scatulam. S. viermal täglich einen Teelöffel in einem Glase heißen Wassers gelöst vor dem Essen. (D. m. W. Nr. 17, 1920.)
Dr. R. **Ofner,** Keltsch.

Ad 74. Bei Ulcus duodeni empfehle ich wärmstens die Sippy-Kur, deren genauere Technik Sie in „Ars Medici" 1923, S. 410 und 1924 S. 6 finden. Es empfiehlt sich, die Kur mindestens durch zehn Tage mit absoluter Strenge durchzuführen und das Hungergefühl tapfer zu überwinden. Nach Ablauf dieser Zeit vorsichtige Zulagen von Milchbrei, Zwieback in Milch, Kartoffelpüree (mit Milch und tadelloser Butter bereitet), ein weiches Ei, später zwei bis drei Eier im Tage. Nach einigen Wochen können allmählich dreimal 300 bis 400 g Milchbrei, drei Eier, eine Buttersemmel gereicht werden mit Zwischenschaltung von je 100 g Milch oder Milchsahne. — Nach zehn Wochen Weglassung der Alkalien durch fünf Tage. Bei gutem Befinden und Blutfreiheit des Stuhles (Benzidinprobe) äußerst vorsichtiger Übergang zu Fleisch-Gemüse-Kost, möglichst salzarm und in fein verteiltem Zustande (Haschee, Püree). Trotz klaglosem Zustande sollen die Pulver in verminderter Zahl (sechs bis zwei Stück pro Tag) noch durch weitere vier Wochen genommen werden. — Das Rauchen wäre aufzugeben oder wenigstens auf ein Mindestmaß einzuschränken. — Führt diese Kur bei gewissenhafter Einhaltung nicht zum Ziele, dann kommt der Chirurg zum Worte. Dr. J. **Tripold,** Abbazia.

Ad 75. Das Asthma der Fellfärber und Kürschner entsteht durch Anaphylaxie gegen Phenylendiamin, welches unter dem Handelsnamen „Ursol" oder „Pelzschwarz" zur Schwarzfärbung von Pelzwerk verwendet wird. H. Curschmann in Rostock hat die Natur dieses Asthmas aufgeklärt (32. Kongreß f. inn. Med. 1921). Kalziumbehandlung nützt.
Prof. Dr. M. **Sternberg,** Wien.

Ad 76. Tbc. peritonei. Da Operation (Laparotomie) verweigert wird, scheint mir der Fall nach Versagen sonstiger therapeutischer Versuche recht wenig aussichtsvoll. Ich möchte vielleicht doch einen Versuch mit Proteinkörpertherapie (Milchinjektionen) riskieren. Eventuell könnte auch Röntgentiefenbestrahlung verwendet werden.
Dozent Dr. R. **Neurath,** Wien.

Ad 76. Da in diesem Falle spezifische Mittel anscheinend noch nicht versucht worden sind, so wäre unbedingt eine Tuberkulinkur am Platze, welche umsomehr verspricht, je konsequenter sie durchgeführt wird. Zu diesem Zwecke kann entweder Injektionsbehandlung mit Alt- oder albumosefreiem Tuberkulin oder eine Einreibungskur mit Ektebin vorgenommen werden. Vom letzteren wird am Corpus sterni nach vorheriger Äther-

reinigung der Haut zunächst ein etwa ½ cm langes Stück durch fünf Minuten in einem Umkreis von etwa 5 cm mit der Fingerkuppe eingerieben und die Einreibung erst wiederholt, bis die Reaktion (Folliculitis oder Erythem) ganz abgeklungen ist.

Dr. M. **Weiss**, Facharzt f. Lungenkr., Wien.

Ad 76. Nachdem alle Therapie bis jetzt erfolglos und Operation verweigert wird, wäre unbedingt Röntgenbestrahlung zu versuchen und erfolgversprechend. San.-Rat Dr. **Wahle**, Kissingen.

Ad 76. Auf Grund zweijähriger Erfahrungen kann ich Ihnen die Behandlung Ihrer Patientin mit der Tuberkulo-Vakzine „Tebecin" der „Biopharma" (Wien) sehr warm empfehlen. Wenn Sie sehr vorsichtig sein wollen, können Sie mit Verdünnung 1:100 oder 1:10 beginnen. Ich ziehe im Falle chirurgischer Tbc. das reine Tebecin, auch bei Kindern, vor. Tebecin ist eine Vakzine, hergestellt aus Tuberkelbazillen, welche durch Passage auf Saponinagar ihre Wachshülle verloren haben, und sich auch tinktoriell und kulturell unterscheiden, also mit dem A. T. und der B. E. Kochs nichts mehr gemeinsam haben. Die Vakzine wirkt sehr milde. Mein Material umfaßt bis jetzt drei Fälle von schwerster Bauchfelltbc., welche alle drei geheilt wurden („Ars Medici" 1925, Ad 31).

Dr. O. **Leonhard**, Mühlbach, Siebenbürgen.

Ad 76. Injizieren Sie 1 cm³ des peritonealen Exsudates subkutan. Falls keine fieberhafte Allgemeinreaktion erfolgt, wäre die Dosis zu wiederholen. Dr. **Elsas, Ludwigsburg.**

Ad 81. Tachykardie. Der Symptomenkomplex weist auf „Morbus Basedow" hin. Deshalb in erster Linie Ruhe oder auch längerer Aufenthalt im Gebirge, Regelung der Diät, Vermeidung aller reizenden Speisen und Getränke (Kaffee, Alkohol), Recresal. Machen Sie doch den Versuch mit kleinen Gaben Jod, das manchmal sehr gut wirkt. Von einer Lösung Kal. jod. 0.5:50.0 beginnt man mit dreimal täglich je einem Tropfen und steigt langsam tastend bis zu einer optimalen Dosis, bei der die Pulsfrequenz ab- und das Körpergewicht zunimmt. Ist dieses Ziel erreicht, so muß man noch Wochen oder sogar Monate Jod weitergeben in der zuletzt erreichten oder auch wieder allmählich verminderten Menge. Ein Schaden ist bei diesem vorsichtigen Jodgebrauch nicht zu befürchten, in sehr vielen Fällen aber bedeutender Nutzen zu erwarten.

San.-Rat Dr. **Wahle**, Bad Kissingen.

Ad 81. Das geschilderte Krankheitsbild entspricht anscheinend einer mitigierten Form des Morbus Basedow, vom Neurologen Richard Stern mit „Basedowoid" bezeichnet. Ich neige mehr der Ansicht zu, daß hier vorwiegend Neuropathie zugrunde liegt, welche die anormale Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems bedingt und die somatische Konsumption gleichwie Berufsunfähigkeit zur Folge hat. Vor Jod, auch in Mikrodosen sowie Digitalis warne ich nachdrücklichst. Nebst milder Wasserbehandlung und Galvanisation mit dem konstanten Strom empfehle dem Kollegen besonders das roborierend neurotrope Phosphorsäurepräparat Rekresal (jeden zweiten Tag zu injizieren), das zuversichtlich recht bald das Leiden beheben wird. Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Czernowitz.

Ad 82. Erythrodermia Leineri. Auch ich habe bisher einmal die Beobachtung gemacht, daß zwei Kinder eines gesunden Ehepaares an Erythrodermia desquamativa starben. Das dritte Kind ließ ich ausnahmsweise von Anfang an künstlich ernähren. Es kam auch bei diesem zu einer leichten Form einer Erythrodermia, die aber glatt abheilte. Eine pro-

phylaktische Kur gibt es leider nicht. Bei der geringsten Darmstörung muß energisch vorgegangen werden, am besten gedeihen die Kinder bei Eiweißmilch. Prof. Dr. C. Leiner, Wien.

Ad 84. Zungenschmerzen. Ohne die Patientin zu sehen, ist natürlich eine Antwort schwer. Es kann sich um eine primäre Erkrankung der Zunge oder um eine sekundäre (Z ä h n e, Tonsillen, ätzende Gurgelwässer u. dgl.) handeln. Es kann auch eine Neuralgie vorliegen. Dozent Dr. R. **Leidler**, Wien.

Ad 85. Vermehrter Lidschlag und Kopfnicken. Zu einer sicheren Beurteilung des Falles fehlen nähere Angaben, z. B. Alter, Vorkrankheiten, Entwicklung der jetzigen Erkrankung. — Der vermehrte Lidschlag im Verein mit dem Kopfnicken kann ein einfacher Tic sein, oder es kann sich um eine hysteriforme Erkrankung handeln. Ist dies ein älterer Patient, dann kann eine striäre arteriosklerotische Erkrankung so beginnen. Bei einem jüngeren könnte es sich um multiple Sklerose oder eine postgrippöse Erkrankung handeln. Also eine ganze Blütenlese verschiedenster Affektionen. — Handelt es sich um eine sicher funktionelle Erkrankung, so würde ich etwas Opium empfehlen (dreimal täglich 0.01 Extrakt in Pillenform), da vielfach Angstzustände die Ursache sind. Bei heruntergekommenen Patienten Tonika, z. B. täglich eine subkutane Injektion von Astonin, im ganzen 20 Injektionen. Prof. Dr. O. **Marburg**, Wien.

Ad 86. Kolostrum ist nicht immer bei Schwangeren ausdrückbar. Wenn überhaupt eine Therapie erforderlich erscheint, kann ich höchstens eine einmalige oder mehrmalige Anwendung der Jaschke-Scherbakschen Milchpumpe empfehlen. Ich bin überzeugt, daß man mit ihr Kolostrum wird nachweisen können. Prof. Dr. J. **Novak**, Wien.

Ad 88. Die Azoospermie ist nach der Schilderung wahrscheinlich durch Verschluß der Vasa deferentia bedingt. Eine Behebung dieses Zustandes ist durch die Ausschaltung des verschlossenen Teiles des Vas deferens und Implantation des durchgängigen Anteiles in den Hoden möglich. Vorher müßte festgestellt werden, ob in den Hoden die Spermatogenese intakt ist. Primararzt Dr. R. **Lichtenstern**, Wien.

Ad 89. Stimmbandpolypen — sensu strictiori — bei einem dreijährigen Kinde sind wohl eine Rarität. Es dürfte sich wahrscheinlich auch nicht um solche handeln, sondern entweder um Papillome (dafür spricht die rasche Rezidive des Leidens) oder um Stimmbandknoten. Ist eine histologische Untersuchung des exzidierten Gewebes vorgenommen worden? Wenn nicht, müßte dieselbe nach neuerlicher Exzision nachgeholt werden und erst auf Grund der histologisch gewonnenen Diagnose könnten zweckdienliche therapeutische Ratschläge erteilt werden. Primararzt Dr. K. **Tschiassny**, Wien.

Ad 90. Bulbärerkrankung und Salvarsan. Salvarsan hat selbstverständlich nur dann einen Sinn, wenn das Leiden auf luetischer Basis beruht, was z. B. bei der echten Bulbärparalyse nicht der Fall ist. Die Mitbeteiligung des rechten Armes gehört nicht zum typischen Symptomenkomplex; wahrscheinlich liegen arteriosklerotische Veränderungen vor, wogegen nur Jod plus Diuretin einigermaßen helfen könnte. Salvarsan, wie erwähnt, nur bei luetischer Ätiologie. WaR im Blute und Liquor? Lueskurve im Liquor? Prof. Dr. A. **Pilcz**, Wien.

Ad 91. Urobilinogengehalt des Harnes ist für keinen Krankheitszustand charakteristisch, am wenigsten für einen latenten tuberkulösen Prozeß. Bei der Lungentuberkulose tritt Urobilinogen vermehrt (Rot-

färbung in der Kälte beim Zusatz des Ehrlichschen Aldehydreagens) erst in den vorgeschrittenen Stadien auf, aber auch da ohne jede Gesetzmäßigkeit. Der Zustand der Leber, des Herzens und des Darmes spielen hier mit. Jene Gesetzmäßigkeit, die wir z. B. in bezug auf das Urochromogen bei progredienter Tbc. finden, läßt das Urobilinogen völlig vermissen. Vermehrte Urobilinogenausscheidung bei leber- und herzgesunden Menschen spricht am ehesten für vermehrte Resorption aus dem Darm, kann also bei chronischen Darmkatarrhen, bei Darmgeschwüren, nicht aber bei einfacher Obstipation gefunden werden. Vermehrter Urobilinogengehalt des Harns kommt physiologisch ein bis zwei Stunden nach den Mahlzeiten vor, wenn sich mit der Galle eine größere Menge Urobilinogen in den Dünndarm entleert hat, von dem dann ein Anteil aufgesogen und im Harn ausgeschieden wird. Dieser „Verdauungs-Urobilinogenurie", die ich auch experimentell durch Verschiebung der Mahlzeiten an mir wiederholt verfolgt habe, kommt keine krankhafte Bedeutung zu. Für denjenigen aber, der ihre Genese nicht kennt, kann sie beängstigend sein. Dagegen ist deutlicher Urobilinogengehalt des Harns am Morgen als nicht mehr physiologisch zu bezeichnen. Pathognomonische Erwägungen können also erst einsetzen, wenn die „Verdauungs-Urobilinogenurie" ausgeschlossen werden kann.

Dr. M. **Weiss**, Facharzt f. Lungenkr., Wien.

Ad 94. Tod nach spontaner, anscheinend normaler Geburt. Die knappe Schilderung gestattet kaum ein Urteil. In erster Linie wäre an eine innere Blutung (etwa nach Gebärmutterzerreißung oder auch aus anderen Ursachen) zu denken. Aber auch eine Bauchfellentzündung könnte so verlaufen.

Prof. Dr. F. **Kermauner**, Wien.

Ad 95. Die im Gefolge von Zahnextraktionen beobachteten Fälle von Angina lacunaris hängen nicht mit der vorausgegangenen Lokalanästhesie zusammen, wohl aber mit der Extraktionswunde, die sich in der Mundhöhle schwer infiziert und die Virulenz der Bakterien wesentlich steigert. Daher sind nach Zahnextraktionen gründliche Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd oder Preglscher Lösung anzuordnen; auch ist es angezeigt, selbst durch einige Zeit die Reinigung der Extraktionswunde vorzunehmen.

Prof. Dr. B. **Klein**, Wien.

Ad 97. Postenzephalitischer Parkinsonismus. Hiergegen gibt es bisher leider nicht sehr viel von durchgreifender Wirkung. Auch die Behandlung mit hohen Arsendosen, worüber in der „Ars Medici" schon berichtet worden ist (1924, S. 487), leistet nicht allzuviel des Nennenswerten. Ebenso versagen in den chronischen Fällen meist jene Mittel, die bei akuter Erkrankung nicht ganz selten gute Dienste leisten. Von der Fiebertherapie in jeder Form, auch von der bei Paralyse so segensreichen Malariabehandlung, gilt kaum etwas anderes. Auffälligerweise wirkt manchmal Psychotherapie, auch in Verbindung mit Hypnose, jedoch auch nur symptomatisch und vorübergehend.

Prof. Dr. E. **Stransky**, Wien.

Ad 99. Erektionen bei einem Kinde. Im Säuglingsalter ist die Erectio penis ante mictionem außerordentlich häufig und hat keinerlei pathologische Bedeutung. Ich habe diese Erscheinung mit der beim Säuglinge noch de norma sehr regen Urethral-Erotik in Zusammenhang gebracht. Diese physiologische Reizbarkeit schleift sich allmählich ab, und daher ist die Erektion im dritten Jahre schon ziemlich selten. Aber auch in diesem Alter ist sie durchaus harmloser Natur. Therapie also unnötig. Man beruhige die Eltern und rate ihnen, den Gegenstand, wenn überhaupt, ge-

wiß nicht vor dem Kinde zu besprechen, um ihm das Bewußtsein seiner Normalität nicht zu zerstören. Dozent Dr. J. **Friedjung**, Wien.

Ad 101. Zyste am Oberlid. Vielleicht handelt es sich um eine zystische Erweiterung eines Ausführungsganges der Tränendrüse (Dacryops). Jedenfalls wäre eine Untersuchung durch einen Augenarzt angezeigt.
Dozent Dr. R. **Bergmeister**, Wien.

Ad 102. Saure Speisen bei Stillenden. Die Meinung, daß gewisse Speisen die Bekömmlichkeit der Milch für das Kind beeinflussen können, hat sich als irrig erwiesen. Dozent Dr. E. **Nobel**, Wien.

Medikamente.

Digiclarin ist ein in Tropfenform oder als Injektion zu verabfolgendes einheimisches Digitalispräparat. 1 cm³ der Lösung entspricht 0.1 g Digitalis. Fischer (Infektionsabtlg. des Franz Joseph-Spitales, Wien) berichtet über gute Erfolge mit dem Präparat, das sich als den gebräuchlichen Digitalispräparaten mindestens ebenbürtig erwies, bei einer Dosierung von ein- bis dreimal 1 cm³ (= 0.1 Digitalis) täglich nicht so schnell kumulierende Wirkung zeigte und per os sowie subkutan gut vertragen wird. Besonders bei Scharlach, Abdominaltyphus und Dysenterie ist zur Zeit auftretender Herzschwäche neben Koffein vom Digiclarin Gebrauch zu machen, während bei der toxischen Herzschädigung durch Diphtherie Digitalis kontraindiziert ist und man auf hohe Serumgaben, Koffein, Strychnin, Adrenalin und Kampfer (besonders Hexeton 1%ig venös) angewiesen ist. — Erzeuger: Sanabo-Chinoin-Werke, Wien. (W. kl. W. Nr. 4, 1925.)

Ichthoxylum. Die gute reduzierende, antiphlogistische und bakterizide Kraft des Ichthyols ist genügend erprobt. Fast spezifisch wirkt Ichthyol bei Verbrennungen und Erfrierungen. Prof. Samberger (Prag) faßt das Ichthyol als ein kapillartonisches Mittel auf, wodurch alle seine verschiedenen Wirkungsarten erklärt werden. Welcher Bestandteil der Träger dieser Eigenschaft ist, wissen wir nicht; vermutlich stammt er von den fossilen Fischresten des bituminösen Schiefers her. Samberger sucht die Wirkungskraft des Ichthyols noch durch Zusatz von Sauerstoff zu verstärken, der in statu nascendi wirkt. Er ließ ein Pulvergemisch herstellen, in dem die wirksamen Stoffe des Ichthyols mit gebundenem Sauerstoff enthalten sind, und nannte dieses neue Mittel „Ichthoxylum". Man verschreibt dem Patienten etwa 25 g Ichthoxylum, am besten in einer Originalflasche. Aus dem Fläschchen schüttet man die nötige Menge des Pulvers ab und tropft so viel Aqu. dest. darauf, bis ein dicköliger Brei entsteht. Dieser Brei wird aufgestrichen und bleibt so lange liegen, bis er von selbst abfällt, eventuell kann man ihn nach einigen Tagen mit lauem Wasser leicht abwaschen. Bei Erysipel, Furunkeln, Schweißdrüsenabszeß, Epididymitis gon., Ulcus cruris und Röntgenulkus wurden gute Erfolge erzielt. Die Haut wird von Ichthoxylum nicht gereizt, das Mittel ist geruchlos und seine Spuren lassen sich aus der Wäsche leicht auswaschen. — Erzeuger: „Pragochemia" in Prag. (Derm. Wschr. Nr. 5, 1925.)

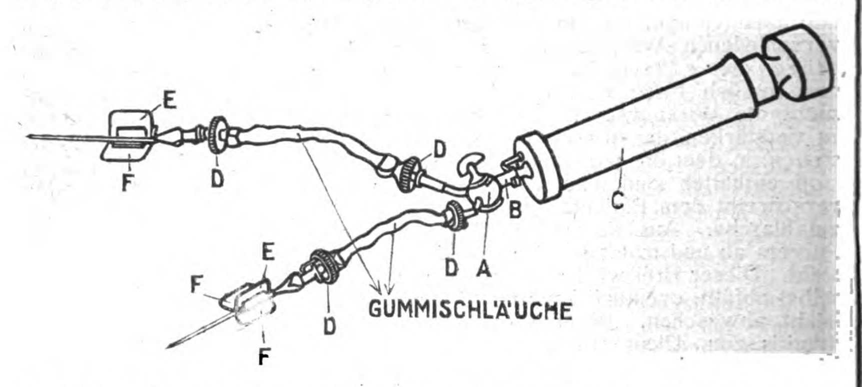
Die Preglsche Jodlösung wird von U. Winter zur Behandlung des tbc. Pyopneumothorax sehr empfohlen. Das eitrige Exsudat wird

so rasch als möglich entfernt, der Pleuraraum mit Borwasser und dann mit der Preglschen Lösung gründlich durchgespült. Von letzterer bleiben das erstemal 50 cm³ und später bis 300 cm³ zurück. Die Preglsche Lösung wirkt durch Abspaltung nativen Jods sehr bakterizid, ohne irgendwie zu reizen, so daß der Pyopneumothorax in einen Seropneumothorax umgewandelt wird. Die Behandlung muß möglichst bald erfolgen, um das Entstehen von Pleuraschwarten zu verhindern. (Beitr. z. Klin. d. Tbc. 1924, 59, H. 1/2.)

Sanocrysin, das neue Goldpräparat zur Behandlung der Tbc. des Kopenhagener Physiologen Prof. H. Mollgaard wird auf Grund dessen Buches („Chemotherapy of Tbc., Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck, Kopenhagen, 1924) von Prof. Klemperer (Berlin) besprochen. Sanocrysin, $Au(S_2O_3)_2Na_3$, ist ein weißes, wasserlösliches Pulver, das in vitro noch in der Verdünnung 1:1,000.000 das Wachstum der Tbc.-Bazillen hemmt. Es wird in der Dosis von 1 bis 2 cg pro Kilogramm Gewicht venös injiziert. Die dabei auftretenden Reaktionen führt M. auf Gifte zurück, die durch die Abtötung der Tbc.-Bazillen frei werden. Deshalb verwendet er gleichzeitig ein antitoxisches Serum, dessen einfache Herstellung angegeben wird. Der zweite Teil des Buches enthält die klinischen Berichte von Kopenhagener Krankenhausärzten. Die Resultate sprechen keineswegs für irgendeinen überragenden Wert der neuen Methode. (Die Ther. der Gegenw., H. 1, 1925.)

Instrumente und Apparate.

Zur Technik der direkten Bluttransfusion gibt W. Schiller (II. Univ.-Frauenklinik, Wien) folgenden Apparat an, mittels welchem man leicht unter bloßer Punktion der Venen (des Spenders und Empfängers) 300 bis 600 cm³ Blut transfundieren kann. A = Dreiwegehahn, B kurzer Ansatz mit Bajonettverschluß, C Spritze von 20 bis 50 cm³, D drehbare Bajonettverschlüsse, E und F Metallflügel, E ist fix und dient



als Handhabe, F sind in Scharniergelenken beweglich und werden zum Fixieren der Nadel mittels Heftpflaster n Arm festgeklebt. Die fünf Bajonettverschlüsse ermöglichen es, falls während der Transfusion eine Stockung eintritt, den Apparat an jeder der fünf Stellen zu unterbrechen

und mit Kochsalzlösung durchzuspritzen. (Erzeuger: Odelga, Wien IX., Garnisonsgasse.) Handhabung: Der Spenderarm wird parallel zum Empfängerarm so gelagert, daß beide Ellenbogen nebeneinander, jedoch in umgekehrter Richtung zu liegen kommen; die Nadeln werden eingestochen und dann durch abwechselnde Umstellung des Hahnes B vom Empfänger Blut aspiriert und dem Spender injiziert. Nach je zwei bis drei Kolbenhüben Spritze gegen eine mit Na Cl-Lösung gereinigte auswechseln. (W. kl. W. Nr. 10, 1925.)

Notizen.

Gefahren des Radioapparates. In der Ges. der Ärzte in Wien demonstrierte Prof. S. Jellinek einen Patienten, der mit dem Kopfhörer am Kopf eine Tischlampe ausschalten wollte. Da der Schalter aus Messing bestand und schlecht isoliert war, geriet er in die Leitung von 220 Volt und konnte nur durch die Intervention seiner zufällig eintretenden Tochter gerettet werden. Während des Tragens des Kopfhörers darf somit kein mit der Stromleitung in Verbindung stehender Gegenstand berührt werden..

Gute Bücher.

Amtsgerichtsarzt W. Coermann (Stuttgart): „Rechtstaschenbuch für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen und andere Heilpersonen." Verlag für Wirtschaft und Verkehr, Stuttgart, 1925. Preis: gebunden Mark 4.50. Dieses namentlich für den praktischen Arzt sehr wertvolle Büchlein (233 Seiten) behandelt übersichtlich die wichtigsten Rechstfragen, die in der Praxis auftreten können. Der erste Teil stellt einen Leitfaden durch die bezügliche Gesetzgebung des Deutschen Reiches dar, der zweite Teil (Hauptteil) enthält das Lexikon (alphabetische Anordnung) des Ärzte- und Apothekerrechtes. Ein Blick in dieses Büchlein wird den in Rechtsfragen oft wenig versierten Praktiker vor so manchem Schaden bewahren.

Prof. Dr. Julius Feßler und Reg. M.-R. Dr. Josef Mayer: „Allgemeine Chirurgie", vorgetragen in Frage und Antwort, nebst einigen Kapiteln über Frakturen, Luxationen und Hernien. Verlag J. F. Bergmann, München, 1924. 370 Seiten. Dieses Buch ist ein pädagogisch ausgezeichneter Leitfaden für den Studierenden der Chirurgie, da es ihm in klarer und mnemotechnisch wohl bedachter Weise die Grundbegriffe vermittelt.

„Der illustrierte Ärztekalender 1925", herausgegeben von OMRG. Gnant, Bibliothekar F. Gaub und Apotheker F. Ferchl (Gehe-Verlag, Dresden N 6) und Dr. O. Rosenthals (Berlin): „Die Heilkunde in der Geschichte und Kunst", Abreißkalender für Ärzte 1925 (Idra-Verlag, Berlin-Britz) enthalten mit Begleittext eine Fülle köstlicher und wertvoller Reproduktionen von berühmten Illustrationen zur Geschichte der Medizin und Kulturgeschichte überhaupt. Als „Abreißkalender" haben wohl beide Werke ihren Zweck verfehlt, da jeder sich hüten wird, diese prachtvollen Kunstblätter aus ihrem Gefüge zu lockern.

Prof. Dr. Hugo Přibram (Deutsche Universität, Prag): „Einführung in die Theorie und Praxis der Therapie innerer Krankheiten." Verlag Emil Haim & Co., Wien—Bratislawa, 1925. Oktav, VIII und 298 Seiten, in Leinen gebunden Mark 10.80. Mit profundem

Wissen und großer praktischer Erfahrung leitet der Autor auf Grundlage der Pathologie, Pharmakologie und klinischen Empirie eine logische Therapie der wichtigsten internen Erkrankungen ab. Das in seiner Art einzig dastehende Werk gibt eine großzügige Anleitung zum therapeutischen Denken und bietet eine Fülle praktisch wertvoller Details. Auch der aufstrebende Verlag ist zur Herausgabe und würdigen Ausstattung dieses Buches zu beglückwünschen.

Primarius J. Kowarschik: „Die Diathermie." Vierte vollständig umgearbeitete Auflage. Verlag Jul. Springer, Wien—Berlin, 1925. Mit 108 Abbildungen, 231 Seiten. Preis: gebunden Mark 12.—. Dieses führende Werk über die immer breitere Anerkennung findende Tiefendurchwärmung mittels Hochfrequenzströmen hat in der neuen Auflage insoferne eine Bereicherung erfahren, als Apparatur (auch ausländische Erzeugnisse), Elektroden und Technik ausführlicher dargestellt, bzw. neu aufgenommen wurden. Die zahlreichen ausgezeichneten Abbildungen sind besonders zu loben. Das Buch ist für jeden, der sich mit Diathermie beschäftigt, unentbehrlich.

Mitteilungen des Verlages.

Die „Ars Medici" kostet für das Jahr 1925 ganzjährig, portofrei, im vorhinein zahlbar: österr. S 7.—, Mark 5.—, tsch. *K* 36.—, ungarische **K 80.000.—, Zloty 6.—, Lire 30.—, Dinar 90.—, Lei 250.—, schweiz. Franken 8.—**, franz. Franken 25.—, **schwed. K 6.—, dän. K 8.—, norw. K 10.—, holl. fl. 4.—, Dollar 1.50, Shilling 6.—, finn. Mark 60.—, Lewa 200.—**, estl. Mark 500.—, Lett. Rubel 400.—, Litu 15.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1924, soweit vorrätig) zu obigen Preisen mit 10% Zuschlag, dazu das Porto.

Sämtliche Jahrgänge der „Ars Medici" stellen ein übersichtliches Nachschlagewerk über alle Fortschritte der Medizin von großem praktischen Werte dar. Sie bilden „eine wahre Fundgrube" des praktischen Wissens und sollten in der Bibliothek keines Arztes fehlen.

Leinen-Einbanddecken 1924 und frühere Jahrgänge österr. S **1.20**, tsch. *K* 6.—, Mark 1.—, Franken 1.—, holl. fl. —.50, dazu das Porto.

Englische Ausgabe der „Ars Medici" ganzjährig Dollar 2.—.

Jahrgang 1924 und 1923 der englischen Ausgabe gebunden à Dollar 2.20.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4906. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.082. — **England:** Midland Bank, Ltd. London E. C. 2. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. — **Holland:** Postgirokonto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. — Postscheckkonto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Österreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.1[illegible]. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. — **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13 868 — **Ungarn:** Postscheckkonto in Budapest Nr. 27.510. Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen.


LIBRARY
UNIVERSITY
CALIFORNIA

ARS MEDICI

Wien, am 15. Mai 1925.

Interne Medizin.

Die Behandlung der Arteriosklerose

nach Prof. L. Braun (Wien) hat vor allem durch entsprechende, salz-, wasser- und eiweißarme Diät die Niere zu entlasten. Sehr zweckmäßig ist die Einschaltung von Zuckertagen (250 bis 300 g Zucker auf 800 g Flüssigkeit) mit Obstzulagen oder Zitronensaft. Die Na Cl-arme Kost wird eventuell wochenlang gegeben und von Zeit zu Zeit wiederholt. Ist der Rest-N im Blut nicht vermehrt, so kann man einmal täglich salzfrei zubereitetes Fleisch gestatten. Auch die Einschaltung von Karelltagen, eventuell mit salzfreiem Gemüse und Obstzulagen ist empfehlenswert. Entschieden günstig wirken zeitweise Aderlässe (200 bis 300 cm³), zwei- bis dreimal jährlich, oder von kleineren Mengen entsprechend häufiger. Ausgezeichnet wirkt manchmal, namentlich bei stenokardischen Beschwerden, Tuberkulin subkutan in großen Dosen (0.03 bis 0.05 bis 0.1 und mehr). (Seltenheit der Arteriosklerose bei Tbc.!). Auf Grund tausendfältiger Erfahrung empfiehlt Autor diese Therapie besonders dann, wenn die Nitrite, Theobromine, Chloralhydrat usw. wirkungslos bleiben. Das Tuberkulin bleibt lange Zeit hindurch erfolgreich. Man suche immer jene Dosis, die gerade noch subfebril wirkt und gebe im Verlaufe von vier Wochen etwa zehn Injektionen. Gleichzeitig Aderlaß, protrahierte laue Bäder, warmen Herzschlauch, Herzdiathermie, galvanische Vierzellenbäder oder dergleichen. (W. m. W. Nr. 7, 1925.)

Cholezystitis — Decholin.

Es ist allgemein anerkannt, daß als wirklich galletreibende Mittel (Cholagoga) nur die Gallensäuren in Betracht kommen. Die meisten von ihnen sind jedoch zu giftig, um in wirksamer Dosis einverleibt zu werden. Eine Ausnahme macht die Dehydrocholsäure. Adlersberg und Neubauer berichten über sehr gute Erfolge bei fieberhafter Cholezystitis und Cholangitis, die wahrscheinlich meist mit Cholelithiasis verbunden war. Sie injizierten venös einmal täglich 2 g Dehydrocholsäure in 20%iger Lösung in destilliertem Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung mehrere Tage nach einander, worauf sich schnelle Entfieberung, Schwinden des Ikterus und der Beschwerden einstellte. In neuerer Zeit stellt die Firma J. D. Riedel in Berlin unter dem Namen „Decholin“, eine 20%ige wässerige Lösung der Dehydrocholsäure in fertigen sterilen Ampullen her. (Klin. Wschr. Nr. 7, 1925.)

Diabetes innocens und Insulin.

Unter mehr als 300 insulinbehandelten Diabetesfällen fanden Professor Umber und Dozent Rosenberg 23 Fälle insulinrefraktär, das heißt bei diesen wurde durch Insulininjektion die Zuckerausscheidung gar nicht oder nicht nennenswert beeinflußt. In 13 von diesen Fällen handelte es sich

um typischen Diabetes innocens (darunter zweimal Schwangerschaftsglykosurie), das ist renale hereditäre Glykosurie (vgl. „Ars Medici“ 1920, S. 27. — Kennzeichen des Diabetes innocens: 1. Tägliche Gesamtzuckerausscheidung unter 10 g. 2. Unabhängigkeit der Zuckerausscheidung von der Nahrungsaufnahme. 3. Normale Blutzuckerwerte. 4. Günstiger Verlauf. 5. Ausgesprochene Heredofamiliarität). Nach diesen Untersuchungen ist daher die fehlende Insulinwirkung auf den Harnzucker das einfachste und sicherste Mittel, um die Glycosuria innocens vom echten Diabetes zu unterscheiden.

Die übrigen zehn beobachteten insulinrefraktären Fälle lassen sich zu einer klinischen Einheit zusammenfassen, die zwischen dem Diabetes mellitus und der Glycosuria innocens steht. Sie unterscheiden sich von der Glycosuria innocens durch ihre beträchtliche Hyperglykämie oder Glykosurie, die echte diabetische Beschwerden zur Folge haben können. Sie unterscheiden sich vom echten Diabetes durch ihre relative Gutartigkeit, die Unabhängigkeit der Zuckerausscheidung von der Kohlehydrataufnahme und von der Glykämie und durch ihr refraktäres Verhalten gegen Insulin. Ihre Glykosurie ist daher nicht insulärer Natur und es empfiehlt sich, sie nicht zum echten Diabetes zu zählen. Die Verfasser schlagen für diese Fälle vorläufig die Bezeichnung „insulinrefraktäre Zwischenstufe mit paradoxer Glykosurie“ vor. (Klin. Wschr. Nr. 13, 1925.)

Was leistet die Duodenalsonde in der Praxis?

Im Rahmen der Wiener Seminarabende legte Dozent S. Bondi den Wert seiner Methode, namentlich bei hartnäckigem Ikterus dar, wenn ein chirurgischer Eingriff zur Beseitigung des Gallenverschlusses in Frage kommt. Die üblichen Farbstoffreaktionen im Stuhl und Harn sind wenig verläßlich. Fließt aber aus der Sonde goldgelbes, galliges Sekret, so ist die beginnende Besserung erwiesen, auch wenn der Ikterus noch unverändert ist. Bei Gallen- und Leberleiden hat sich die Einführung von Pepton- oder konzentrierten Magn.-sulfat.-Lösungen durch die Duodenalsonde vielfach bewährt (anschließend Abgang von Gallensteinen!). Die Technik der Einführung bis 45 cm der mit Mandrin beschickten Duodenalsonde ist die gleiche wie beim Magenschlauch, dann wird der Mandrin entfernt, Pat. schluckt 10 cm des Schlauches, indem er aufsteht und sich weit nach vorne beugt und weitere 10 cm in rechter Seitenlage und möglichst in Beckenhochlagerung. (W. kl. W. Nr. 2, 1925. Genaueres hierüber siehe Einhorn: Die Duodenalsonde und ihre Anwendungsmöglichkeit. Verlag G. Thieme, Leipzig 1924.)

Zur Eisentherapie

schreibt Prof. Seyderhelm (Med. Univ.-Klinik in Göttingen): Die Ansichten über den therapeutischen Wert des Eisens haben im Laufe der Zeiten manche Wandlung erfahren. Noch 1881 bezeichnete es Bunge als ein Glück für die Chlorotischen, daß das ihnen verordnete Eisen nicht zur Resorption gelange, da es schwere Vergiftungserscheinungen verursachen würde. Erst später entdeckte man, daß das Eisen einen Kreislauf antritt, indem es im Dünndarm resorbiert, im Dickdarm aber wieder ausgeschieden wird. Neuerer Zeit gehört die Erkenntnis an, daß die so beliebten organischen Eisenverbindungen wenig oder gar nicht wirksam sind und sich bald zersetzen, während das anorganische Eisen (Ferrum reductum) nicht nur als Baumaterial für Hämoglobin verwertbar ist, sondern auch das Knochenmark und vielleicht innersekretorische Organe spezifisch anregt. Man gab also in den letzten Jahren Ferrum reductum in Oblaten, doch ist

das Nehmen der Oblaten immerhin unangenehm und stößt besonders in der Kinderpraxis auf Widerstand. Besser zu nehmen ist das „Feovin" (Heilmittelversorgungs-Aktiengesellschaft, Berlin), ein wohlbekömmliches und gut schmeckendes diätetisches Nährpräparat mit 1% Gehalt an Ferrum reductum. Will man aber die in der letzten Zeit wiederholt geforderten großen Eisendosen („Ars Medici" 1924, S. 341) zuführen, so eignen sich noch besser die „Fermettae" (Ferrum metall.-Tablettae; Chemische Fabrik Promonta, G. m. b. H., Hamburg 26), die nach einem neuen Verfahren Ferrum reductum in feinster Dispersion und in Kakaobutter eingehüllt enthalten, und zwar 0.1 g pro Tablette. Man verordnet gewöhnlich dreimal je zwei Tabletten Fermettae während der Mahlzeiten, kann aber bis auf die doppelte Dosis (also 1.2 g Ferrum reductum pro die) steigen. Mit dieser Medikation erzielte Verfasser wöchentliche Hämoglobinvermehrung bis zu 10 bis 15%. Die einzige Nebenwirkung ist eine leichte Neigung zur Verstopfung, die man durch gleichzeitige Verordnung eines milden Laxans ausschalten kann. (D. m. W. Nr. 9, 1925.)

Zur Behandlung der hochgradigen Fettsucht.

Aus der I. Med. Univ.-Klinik in Wien (Prof. Wenckebach) berichten Prof. H. Eppinger und F. Kisch (Marienbad) über auffallend günstige Resultate in einer Reihe von zum Teil ambulatorisch behandelten Fällen von hochgradiger Fettsucht mit Thyreoideapräparaten, muskulären Novasurolinjektionen und kochsalz- und flüssigkeitsarmer Diät. Die Fettsucht geht häufig mit einer hochgradigen Na Cl-Retention vorwiegend im Unterhautzellgewebe einher. An den Depotstellen des Na Cl sammelt sich auch Wasser an. Das Unterhautzellgewebe bekommt infolge des wasserreichen Fetts einen schwammigen Charakter. Der drohenden Störung sämtlicher Kreislauffunktionen (Dyspnoe, diffuse Bronchitis, Ödeme, leichte Albuminurie usw.) wird durch die Ausschwemmung der gespeicherten Chloride und Entwässerung des Organismus am wirksamsten begegnet. Das souveräne Mittel hiefür ist das Novasurol, von welchem als erste Dosis 1 cm³ und weiter alle vier bis zehn Tage je 2 cm³ muskulär injiziert werden. Jede Injektion bewirkt prompt eine mächtige Harnflut und gleichzeitig eine enorme Na Cl-Ausscheidung mit konsekutiven oft erstaunlichen Gewichtsabnahmen. Die Kombination mit größeren Dosen wirksamer Thyreoideapräparate, insbesondere Thyreosan [Sanabo-Werke, Wien], zwei- bis dreimal täglich 0.3, durch längere Zeit kann die Entwässerung wirksam unterstützen. Gegen die Kreislaufstörungen kann gleichzeitig Digitalis angewendet werden. Die geschilderten Fälle weisen Gewichtsabnahmen von 11 bis 14 kg in drei bis vier Wochen auf. Der erste (klinische) Fall verlor in sieben Wochen (anfangs nur Thyreosan und Digitalis, dann viermal 2.0 Novasurol) 25 kg. Nach erzielter entsprechender Gewichtsabnahme ist auf Bewegungstherapie und dauernde Einschränkung der hochwertigen Nahrungsmittel, der Flüssigkeits- und Na Cl-Zufuhr Gewicht zu legen. Dauernde Beobachtung und Stoffwechselkontrolle während der Behandlung sind angezeigt. Bei Nephritikern, Kachexie und älteren Personen ist Novasurol kontraindiziert. (W. kl. W. Nr. 11, 1925.)

Über intravenöse Therapie.

Aus einem Vortrag von P. Heymann im Ärzteverein, Wiesbaden.

Bei lanzinierenden Schmerzen der Tabiker und sonstigen Schmerzzuständen bewährt sich 10% Strontiumbromid nach Alwens. Bei Ekzemen und Dermatosen nervöser Grundlage empfiehlt Lebedjew Infusion 1%iger oder Injektion 10%iger Natriumbromidlösung.

Dünner verwendet bei Ödemen bis 30% NaBr venös. Bei inneren Blutungen, namentlich Hämoptoe, zieht Heymann wegen der gleichzeitigen sedativen Komponente 10 cm³ einer 10%igen NaBr-Lösung jeder anderen hypertonischen Lösung vor. Oft genügt eine einzige Injektion, die aber ohne Schaden auch mehrmals täglich wiederholt werden kann. Da sich die Molekulargewichte von NaBr:NaCl wie 58:103 verhalten, so wäre 10% NaBr etwa 5.6% NaCl isosmotisch. Gleichwohl wirkt 10% NaBr ebenso blutstillend wie 10% NaCl oder $CaCl_2$. Im Laufe des ersten Tages werden nur 10 bis 25% des injizierten Broms im Urin ausgeschieden und noch nach vier Tagen findet man im Gehirn (Tierversuch) ebensoviel Brom wie nach einer Stunde. Gleichwohl wurden bei Epilepsie keine besonderen Erfolge gesehen. Wegen der geringen Dosen ist Bromismus nicht zu befürchten. Eine 60jährige Frau erhielt in drei Wochen 15 Injektionen à 10 cm³ ohne irgendwelche ungünstige Nebenwirkungen (auch keine vasomotorischen Symptome wie bei $CaCl_2$).

Bei venösen Infusionen ist es oft, namentlich aber bei Kohlenoxyd- oder Leuchtgasvergiftungen, sehr zweckmäßig, die zu infundierende Flüssigkeit mit O_2 anzureichern, indem man einfach vorher durch dieselbe einige Minuten lang O_2 aus der Sauerstoffbombe durchperlen läßt.

Zu warnen ist vor der venösen Injektion von 10% Jodkali (heftige Gefäßschmerzen im ganzen Arm!) oder von unverdünntem Alival (Thrombosierung); ebenso von hochkonzentriertem Natr. salicyl. (Thrombosierung). Hingegen ist bei hartnäckigen Polyarthritiden usw. die Infusion von 200 bis 250 cm³ einer 2%igen Lösung von Natr. salicyl. sehr erfolgreich und ohne Nebenwirkungen.

Hervorragend wirksam ist Atophanyl venös bei akutem und chronischem Gelenkrheumatismus, Ischias, Lumbago usw. Der manchmal auftretende Venenschmerz schwindet in wenigen Minuten bei Hochheben des Armes. Um Schädigungen der Vene zu vermeiden, ist es zweckmäßig, das Atophanyl in der Spritze (mindestens 10 cm³ Inhalt) mit Blut gut durchzumischen.

Ähnlich verhält es sich mit dem venösen Kampferpräparat Hexeton, das dem alten Ol. camphor. weit überlegen ist.

Scillaren venös (Tabletten oft wenig wirksam) ist oft glänzend wirksam (Diurese!), selbst wenn Digitalis versagt. Man kann eventuell auch zwei Ampullen injizieren (Vorsicht, nur bei genügender Reservekraft des Herzens!).

Der Praktiker muß die einfache venöse Therapie beherrschen, zumal Mittel wie Salvarsan, Strophantin usw. nur venös gegeben werden können. Jedoch muß die strenge Indikation zur venösen Therapie gegeben sein. (Die Ther. d. Gegenw., H. 2, 1925.)

Zur Novasuroldiurese

gibt Doz. Paul Saxl (Wien) folgende Anweisungen: Indikationen für Novasurol sind vor allem die kardialen Hydropsien, jedoch nur dann, wenn die Niere noch konzentrieren kann, also bei hochgestelltem Harn. Wird bei kardialer Hydropsie ein wässeriger Harn produziert, so ist die Niere insuffizient und N. zu meiden. Auch bei Hypertonien über 200 mm ist Vorsicht geboten. Ferner ist N. bei Nephrosen, Leberzirrhose und Leberlues mit Aszites indiziert. Ebenso bei Stauungslunge mit Dyspnoe und Husten ohne auffallende Ödeme, namentlich infolge von Mitralfehlern.

Kontraindikationen sind akute und chronische Nephritis, schwere Anämie und Kachexie, Fieber und Diarrhöen.

Nebenwirkungen gelegentlich Stomatitis (Mundpflege!), Kolitis (durch Opium beherrschbar), leichtes Fieber.

Dosierung. Voraussetzung ist vorherige ausgiebige Digitalisierung, wodurch auch die Nebenwirkungen vermieden werden. Dann injiziert man muskulär oder venös 1 cm³ Novasurol; wird dies gut vertragen, so injiziert man am nächsten und dann weiter jeden zweiten Tag je 2 cm³, sechs bis acht Injektionen oder auch mehr bis zur vollen Wirkung. Die Diurese setzt regelmäßig zwei bis drei Stunden nach der Injektion ein und dauert meist einen Tag, wobei 3 bis 10 l ausgeschieden werden und das Gewicht wegen der vermehrten Perspiratio insensibilis oft noch stärker abfällt.

Bei rasch wiederkehrendem Hydrops, z. B. infolge Stauungsinduration der Leber, injiziert man durch längere Zeit bei gleichzeitiger periodischer Digitalisierung ein- bis zweimal wöchentlich 2 cm³ Novasurol. Patient hat dann jedesmal 3 bis 5 l Urin und bleibt in einem erträglichen Zustand. (Aus den Internat. Fortbildungskursen der Wiener med. Fakultät. Siehe W. kl. W. Nr. 7, 1925.)

Eine kritische Darstellung der Osmotherapie.

Von Prof. M. Bürger (Med. Klin., Kiel).

Physiologisch stehen alle Zellen und Gewebsflüssigkeiten unter der gleichen osmotischen Spannung. Durch Zufuhr hypertonischer Lösungen entstehende Spannungsdifferenzen werden durch Wasserabgabe wieder ausgeglichen. Seit langem bekannt ist die entwässernde Wirkung der salinischen Abführmittel (Glaubersalz, Bittersalz). Von den Velden hat als Erster hypertonische Lösungen venös injiziert. Dabei entsteht regelmäßig eine Blutverdünnung, indem solange Gewebswasser ins Blut resorbiert wird, bis die Isotonie wieder hergestellt ist. Bei gesundem Kreislauf ist die Hydrämie in ein bis zwei Stunden wieder ausgeglichen. Profuse Harnentleerungen werden jedoch nur durch sehr große Dosen im Tierexperiment erzielt, nicht aber mit den beim Menschen üblichen Dosen (1 bis 2 g Traubenzucker oder Dextrose puriss. Merck pro Körperkilogramm). Bedrohliche Nebenwirkungen kommen nicht vor, nur bei Verwendung unreiner Präparate oder zu lange erhitzter Lösungen Temperatursteigerungen, eventuell auch Schüttelfrost.

Hypertonische Dextroselösungen venös haben sich vielfach beim entzündlichen und exsudativen Lungenödem und bei der Grippepneumonie als lebensrettend erwiesen. Bei Ischias sind perineurale Injektionen von 50 bis 100 cm³ 20%iger Traubenzuckerlösung besonders empfehlenswert. Die Injektion verursacht durch wenige Minuten leichte Schmerzen, worauf sich ein intensives lokales Wärmegefühl (Hyperämie) einstellt, der bald wesentliche Besserung folgt („lymph lavage"). Auch bei Urämie und diabetischem Koma werden vorübergehende Erfolge verzeichnet (hypertonische Na Cl-Lösung intraperitoneal). Förderung der Blutgerinnung bewirken hochprozentige Na Cl-Lösungen venös. Bei Basedow sah Stejskal von sechs venösen Zuckerinjektionen innerhalb drei Wochen Dauererfolge.

Bei spastischen Zuständen (Angina pectoris und abdominalis, Hypertonien usw.) wirken 10 cm³ einer 10 bis 20%igen Traubenzuckerlösung, durch einige Wochen wiederholt, oft außerordentlich günstig. (Die Ther. d. Gegenw., H. 1 bis 2, 1925.)

Neuere Ergebnisse der Pestepidemiologie.

Von P. Manteufel (Berlin-Dahlem).

Die Pest tritt bekanntlich in zwei verschiedenen Formen auf, nämlich als Bubonenpest, die durch Flöhe von pestkranken Ratten, und als Lungenpest, die ganz unabhängig von der Nagetierpest anscheinend durch Tröpfcheninhalation übertragen wird. Die Übertragung der Bubonenpest von Mensch auf Mensch ist höchst selten, obwohl auch in ihrem Verlauf öfters Sekundärpneumonien mit blutigem Auswurf auftreten, der massenhaft Pestbazillen enthält. In den Tropen ist auch die im internationalen Verkehr so gefürchtete Kontagiosität der Lungenpest sehr gering. In Indien sind z. B. über 90% aller Pestfälle Bubonenpest. Auch in der Nähe der berüchtigten Lungenpestzentren der Mandschurei besteht ein endemischer Pestherd, wo die primäre Lungenpest eine ganz untergeordnete Rolle spielt und keine Kontagiosität zeigt, obwohl dieser Herd sich bereits außerhalb der Tropen (zirka 35° n. Breite) befindet. Einem Berichte von N. White an die Hygienekommission des Völkerbundes zufolge ist somit das Klima nicht maßgebend für die Kontagiosität der Lungenpest, sondern höchstwahrscheinlich eine Symbiose des Pestbazillus mit anderen pathogenen Mikroorganismen, wie ja auch z. B. der Pneumokokkus erst in Verbindung mit dem Grippeerreger eine epidemische Gefahr wird. Auch für die Lungenpest soll nach Nicolle und Gobert (Arch. de l'inst. Pasteur de Tunis 1924, 13), wenigstens für Nordafrika, das Influenzavirus die Kontagiosität der Lungenpest bedingen. Jedenfalls wird der Mensch als Gefahrenquelle bei der überseeischen Verbreitung der Pest überschätzt und die eigentliche Gefahr der Verschleppung von pestkranken Ratten durch den Schiffsverkehr nicht entsprechend beachtet. Diese erfolgt durch Anlegen der Schiffe in gewissen Häfen, wo Rattenpest herrscht, ohne im Sinne der Pariser Sanitätskonvention als pestverseucht zu gelten, und zweitens durch Verladen von Frachtgütern, namentlich Getreide, für welche die Ratten eine Vorliebe haben. Durch Verlegen der Pestabwehrmaßnahmen in die verseuchten Ausgangshäfen (an Stelle in den Ankunftshäfen) könnte die Prophylaxe im internationalen Verkehr wesentlich vereinfacht und intensiviert werden. (Seuchenbekämpfung, H. 1/2, 1925.)

Zur Therapie der Pneumonie.

Prof. N. Jagić (Wien): Am wichtigsten sind Herz- und Gefäßmittel. Meist besteht eine infektiöse Hypotonie in den großen Gefäßgebieten, namentlich im Splanchnikusgebiet. Patient ist blaß, der Puls fadenförmig, wobei eine akute Schwäche und Dilatation des Herzens nicht bestehen müssen (periphere Gefäßlähmung).

Digitalis soll frühzeitig gegeben werden, auch bei noch ungeschädigtem Herzen, da das digitalisierte Herz gegenüber toxischen Schädigungen weit resistenter ist. Das Infus muß täglich frisch bereitet und mit 5% Alkohol versetzt werden, da es sonst rasch an Wirksamkeit verliert. Digitalispulver sind wegen der langsameren Resorption bei akuten Infektionen weniger zweckmäßig. Ebenso ist Tinct. strophanti zu meiden, da sie leicht den Verdauungstrakt reizt. Bei Erbrechen, Durchfall usw. sind Digitalispräparate muskulär oder venös zu injizieren. Tagesdosis 0.2 bis 0.3 g der titrierten Blätter (= dreimal täglich zehn Tropfen Digipurat) durch acht bis zwölf Tage ohne Kumulationsgefahr.

Das Hauptmittel gegen die periphere Kreislaufschwäche ist das Strychnin (dreimal täglich 1 mg subkutan), das gleichfalls frühzeitig und regelmäßig gegeben werden soll, bevor noch die ersten Zeichen peri-

pherer Gefäßlähmung auftreten (hypotonisch-hüpfender Puls = Fieberpuls, fahle Blässe, Neigung zu Kollapsen).

Außerdem sollen bei jeder Pneumonie zwei- bis dreimal täglich 5 cm³ Kampferöl subkutan oder zwei bis drei Phiolen des dem Kampfer isomeren Hexeton muskulär injiziert werden, da der Kampfer das Atemzentrum anregt, die Lungengefäße erweitert und auch expektorierend wirkt. In schweren Fällen eventuell noch Koffein. (W. kl. W. Nr. 1, 1925.)

Pollinosen (Heuschnupfen, Heuasthma) — spezifische Diagnostik und Therapie.

Die Kutanprobe ermöglicht nach Prof. Eskuchen (Zwickau) die sichere Diagnose einer Pollenüberempfindlichkeit. In einen leichten Hautritz wird ein Tropfen Pollenextrakt gebracht. Treten daselbst nach 10 bis 20 Minuten Rötung und Schwellung auf, so ist die Reaktion positiv. Den Grad der Überempfindlichkeit bestimmt man durch die intrakutane Methode: Man beginnt mit der Konzentration 250 E des Pollenextraktes, von welcher man $^1/_{10}$ cm³ (= 25 E) intrakutan (Quaddel) injiziert; bei negativem Ausfall steigt man vorsichtig auf 50 und 100 E (bei Überdosierung Asthmaanfall!). Jene Konzentration, die eben eine deutliche Reaktion zeigt, gibt den Überempfindlichkeitsgrad an. Man kann mit verschiedenen Pollenarten prüfen; bei uns genügt meist der Extrakt von Phleum pratense und Roggen (Pharm. Fabrik W. Nalterer, München 19). Dann kann man zur kausalen, desensibilisierenden Therapie übergehen, indem man zuerst die Hälfte jener Dosis subkutan injiziert, die eben eine deutliche Hautreaktion ergab und allmählich bis zum 200fachen dieser Dosis ansteigt (z. B. von 25 auf 5000 E), welche bis Anfang April (Beginn der Gräserblüte) erreicht sein muß. Man benötigt durchschnittlich 15 bis 20 subkutane Injektionen in Intervallen von zwei bis fünf Tagen (je nach der Reaktion). Manchmal ist es besser, in der Blütezeit $^1/_3$ bis $^1/_4$ der Enddosis alle zwei bis drei Tage zu injizieren. Die Mehrzahl der Kranken wird praktisch gesund. Mißerfolge beruhen auf polygener Überempfindlichkeit (z. B. auch gegen Nahrungsmittel, Tierepithelien, Chemikalien usw.), die gleichzeitig behandelt werden müßte. (Die Ther. d. Gegenw., H. 2, 1925.)

Die Schwefelbehandlung

bespricht Dozent Handovsky (Göttingen). Schwefel ist in jeder lebenden Zelle vorhanden. Wenn man ihn in den Körper einführt, wirkt er je nach der Menge reduzierend oder oxydierend. Am leichtesten wirkt Schwefel auf den Organismus in der Form des Schwefelwasserstoffs ein, der besonders bei alkalischer Reaktion entsteht. Es wird daher empfohlen, die Darreichung von Schwefel immer mit gleichzeitiger Alkalizufuhr zu verbinden.

Die modernste Form der Schwefelzufuhr ist die intramuskuläre Injektion bei chronischer rheumatischer Polyarthritis und chronischer Ischias (die akuten Fälle sind weniger geeignet). Meyer-Bisch empfahlen zuerst („Ars Medici“ 1922, S. 247) Injektionen von 1%iger Schwefelaufschwemmung in Olivenöl, betonten aber dann, daß 1⁰/₀₀ige Schwefelölinjektionen den gleichen therapeutischen Erfolg aufwiesen, ohne hohes Fieber, Gewichts- und Appetitverlust hervorzurufen. In neuerer Zeit berichteten sie über gute Erfolge mit dem Präparat „Sufrogel“ der Firma Heyden („Ars Medici“ 1924, S. 56), das 0.3% Schwefel enthält. Gelobt wird auch das „Schwefeldiasporal“ der Firma Klopfer. — Im Prinzip ähnlich wie die Schwefelinjektionen dürften auch die altbewährten Schwefelbäder

wirken, von denen in Deutschland Aachen, Boll, Eilsen, Gögging, Nenndorf, Hohenstadt, Langensalza, Langenbrücken, Ledde, Rothenburg, Tennstedt, Wipfeld und Weilbach die bekanntesten sind (in Österreich Baden bei Wien und Schallerbach. Ref.). Zu künstlichen Schwefelbädern nimmt man 100 bis 200 g Kalium sulfuratum pro balneo als Zusatz für ein Vollbad.

Mit der Stoffwechselwirkung des Schwefels hängt wohl auch seine altbekannte Wirksamkeit bei Hautkrankheiten zusammen; daneben kommt hier noch die erweichende und ätzende Wirkung der entstehenden Alkalisulfide zur Geltung. Besonders Erkrankungen, die von den Haarfollikeln ausgehen, werden günstig beeinflußt; ferner Pityriasis versicolor, Herpes tonsurans, Impetigo, Seborrhoe, Pyodermie und Skabies. Die Anwendung geschieht in Schüttelmixturen und Salben, aber auch in Injektionen. Besonders die Wilkinsonsche Salbe ist beliebt und die Solutio Vlemingx (für Skabies), eine wässerige Aufschwemmung von Kalk-Schwefelleber. Von neueren Präparaten seien erwähnt: Catamin, Sarnol, Mitigal, Scabisapon und Sulfobadin.

Noch nicht erklärt ist die günstige Wirkung von Schwefelwässern (schwefelwasserstoffhaltigen Wässern) auf chronische Bronchitiden; dabei mag wohl der ausgeatmete Schwefelwasserstoff wirksam sein. Weiter ist die milde und sichere abführende Wirkung des Schwefels zu erwähnen. Man gibt da ½ bis 1 Teelöffel Sulfur. depurat. oder das etwas feiner verteilte Sulfur praecipitat. — Schließlich benützt man bei chronischen Metallvergiftungen (Blei, Quecksilber) Schwefelbäder, um eine verstärkte Ausscheidung der Metalle als Metallsulfide zu erzielen. (Klin. Wschr. Nr. 6, 1925.)

Das Auftreten von Singultusepidemien

in verschiedenen Ländern führt Kino (Frankfurt a. M.) auf eine leichte kontagiöse Erkrankung des Zentralnervensystems zurück, die trotz ihrer relativen Harmlosigkeit nosologisch in enger Beziehung zur Encephalitis epidemica steht. Therapeutisch gelingt es, durch die zur Behandlung der paroxysmalen Tachykardie empfohlene Hockestellung den Krampfanfall sicher für Stunden, manchmal auch endgültig zu beseitigen: Bei möglichst tiefer Kniebeuge werden Rücken und Kopf mit Hilfe der über dem Nacken gefalteten Hände maximal nach vorne gebeugt und diese etwas anstrengende Haltung durch eine Minute eingenommen. (M. Kl. Nr. 7, 1925.)

Hochgradigen Singultus bei Grippe, der bereits zu desolatem Allgemeinzustand geführt hatte, konnte Tscherning (Berlin) allmählich durch Magenspülung und anschließende Füllung des Magens durch die Sonde mit ¾ l eiskalter Sahne-Eier-Plasmon-Milchzucker-Kakao-Mischung, anfangs mit Zusatz von zehn Tropfen Chloroform beseitigen. Der Schlauch blieb noch 15 Minuten liegen. Luftfüllung des Magens mittels Brausepulvers, Kompression des Bauches und der Wirbelsäule, Säuredarreichung, Druck auf Karotiden, Kehlkopf und Bulbi usw. waren wirkungslos geblieben. (M. m. W. Nr. 8, 1925.)

Indikationen und Kontraindikationen der Tuberkulintherapie.

Von H. Ulrici (Sommerfeld, Osthavelland).

Die anergisierende Methode führt keineswegs zur Heilung; denn selbst bis zu hohen Dosen tuberkulinisierte Kranke können relativ rasch der fortschreitenden Phthise erliegen, während klinisch Gesunde oft eine hohe Tuberkulinempfindlichkeit aufweisen. Die allergisierende Methode versagt meistens, da die Reizschwelle durch die kleinsten Dosen oft nicht erreicht

wird. Das einzig sichere Ergebnis der T.-Therapie ist das Auftreten von Allgemein-, Lokal-(Stich-) und Herdreaktionen (perifokale Hyperämie und Exsudation) nach Injektion ausreichender Dosen. Die Tuberkulinisierung mit steigenden, Reaktionen jedoch vermeidenden Dosen bewährt sich nur bei skrofulösen Ekzemen, Schleimhautkatarrhen, Phlyktänen u. dgl., da durch die Giftgewöhnung die zugrundeliegende Überempfindlichkeit schwindet.

Die Kutanreaktion ist kein Indikator für die Tuberkulinwirkung, da die allgemein und am Herd wirksame Dosis mit der lokal wirksamen keineswegs parallel geht. Damit fallen die Sahlische Methode der intrakutanen T.-Therapie, die Immunitätsanalyse nach Deycke-Much, das Ponndorfsche Verfahren usw. Die Herdreaktion kann zu fortschreitender Verkäsung führen, wenn sie zu stark ausfällt und keine Tendenz zu bindegewebiger Induration besteht.

Im Primärstadium im Sinne Rankes (Primärherd meist in der Lunge und Infektion der regionären Drüse) kommt die T.-Therapie praktisch nicht in Betracht; im Sekundärstadium (Generalisation, hohe Allergie) höchstens nach Abklingen des Fiebers und Beginn der Bindegewebsinduration; im Tertiärstadium nur bei produktiven und zirrhotischen Formen, wenn der Lungenprozeß nicht zu ausgedehnt ist und keine großen Kavernen, Komplikationen mit Kehlkopf- oder Darmtbc., Nieren-, Herzerkrankungen oder Kachexie bestehen. Bei chirurgischer Tbc. leistet die T.-Therapie nichts Überzeugendes.

Die neuen kutanen Methoden sind sicher keine Verbesserung. Das Petruschky-Präparat ist wahrscheinlich ohne jede Wirkung; Ponndorf ist durchaus abzulehnen. Die vielen neuen Präparate und Methoden haben bis heute die Kochsche Methode auch nicht um Haaresbreite überholt. (Die Ther. d. Gegenw., H. 10, 1924.)

Neurologie und Psychiatrie.

Zur Behandlung der Dementia praecox, Encephalitis lethargica und Epilepsie.

Einer Anregung von Weichbrodt (Frankfurt a. M.) folgend, wonach man erregte Psychosen durch 20% Natr. salicyl. venös beruhigen kann („Ars Medici" 1925, S. 163), injizierte Primarius R. Weeber (Landesirrenanstalt, Feldhof bei Graz) zweimal täglich 10 bis 15 cm³ dieser Lösung in 25 Fällen (12 Dementia praecox, 6 Paralyse, 3 Enzephalitis, 3 Epilepsie, 1 manisch-depr. Irresein). Kein Fall erhielt mehr als zehn Injektionen, obwohl nach Weichbrodt irgendwelche Schädigungen nicht zu befürchten sind. Am besten reagierten frische Fälle von Dementia praecox, doch wurden auch die älteren günstig beeinflußt. Bei Enzephalitis wurde namentlich die quälende innere Unruhe beseitigt; doch ist hiebei 10% Strontium bromat. venös (nach Alwens und Mann) noch wirksamer. Epilepsie und Paralyse wurden durch Salizyl nicht beeinflußt. Die beruhigende Wirkung tritt bei turbulenten Kranken erst am dritten Tage ein, um allmählich wieder abzuklingen. Die von Josephy (Hamburg) bei frischer Dementia praecox empfohlenen Eigenblutinjektionen haben dem Autor bei Epilepsie zweifelsfreie Erfolge gezeitigt.

34 Kranke der Irrenanstalt wurden von Weeber mit Atophanyl (Schering) venös behandelt, und zwar 18 Dementia praecox, 6 Enzephalitis, 5 Paralyse, 5 Epilepsie. Es wurden zweimal täglich je 5 cm³ durch fünf Tage, langsam unter Mischung des Mittels in der Spritze mit dem aspirierten Blute, injiziert: Deutliche sedative, manchmal auch hypnotische Wirkung bei Dementia praecox, auffällige Euphorie und Beruhigung bei sämtlichen sechs Enzephalitikern; keine Erfolge bei Paralyse und Epilepsie. (M. Kl. Nr. 50, 1924.)

Multiple Sklerose — Natr. nucleinicum.

Aus der I. Med. Abt. des Wiedener Krankenhauses, Wien (Prof. Sternberg) veröffentlicht P. Habetin die Krankengeschichten von drei Fällen von ausgesprochener, jedoch noch nicht allzulange bestehender multipler Sklerose, die unmittelbar nach muskulären Injektionen von 0.25 bis 0.5 g Natr. nuclein.-Boehringer (einer sterilen 5%igen Lösung in physiol. Na Cl) in etwa acht- bis zehntägigen Intervallen eine wesentliche anhaltende Besserung zeigten. Mäßige Fieberreaktionen, keinerlei Schädigungen. Die ¼ g Dosis wurde nach drei Tagen wiederholt. Die Patienten erhielten nur zwei bis drei Injektionen.

Diese Therapie wurde schon 1911 von S. Bondi in der Ges. f. innere Med. und Kinderhk. in Wien empfohlen. Er berichtete damals über elf Fälle, von welchen bei sieben namentlich die Spasmen und Blasenstörungen auffallend gebessert wurden; drei entzogen sich der weiteren Behandlung, einer verhielt sich refraktär.

Jedenfalls dürfte das Nuklein den bei multipler Sklerose wirksamsten Proteinkörper darstellen. (W. kl. W. Nr. 10, 1925.)

Schizophrenie — Ovarientransplantation.

Bei Schizophrenie (Dementia praecox) findet sich in einem erheblichen Teile der Fälle Hypoplasie und Unterfunktion des Genitalsystems. So konnte L. Fraenkel bei 176 Kranken in 72% der Fälle Veränderungen der Genitalien schwerster Form nachweisen. Ähnliche Befunde beobachteten eine Reihe anderer Forscher, zuletzt berichteten Pötzl und Wagner („Ars Medici“ 1924, S. 152) über Veränderungen an den Ovarien bei Dementia praecox, welche einer Verzögerung in der Rückbildung der Corpora lutea entsprechen. Sippel (Univ.-Frauenklinik, Berlin) versuchte eine Eierstocküberpflanzung bei sechs weiblichen Schizophreniekranken der Irrenanstalt Dalldorf bei Berlin. Es wurden lebenswarme Scheiben von durch zufällige Operation gewonnenen menschlichen Ovarien unter die Bauchfaszie in Muskeltaschen eingeschoben, die glatt einheilten. Bei drei frischen Fällen, die auch leichte Grade von Hypogenitalismus dargeboten hatten, zeigte sich eine auffallend gute Wirkung auf die Psychose; der Erfolg hat bisher schon acht Monate angehalten. (Klin. Wschr. Nr. 9, 1925.)

Tetanie der Erwachsenen — Therapie.

Bei der idiopathischen, meist nur in leichten Anfällen auftretenden Arbeitertetanie genügen nach Prof. F. Pineles (Wien) körperliche und geistige Ruhe, Alkoholverbot, warme Bäder, 2 g Bromnatrium täglich. Bei schwereren Anfällen ist der Wert der Parathyreoidintabletten (drei bis neun Stück täglich) zweifelhaft; sicherer wirkt das Kalzium (Calc. lact. 0.5, vier- bis fünfmal täglich, intensiver Calc. chlorat. 50:250, drei bis zehn Kaffeelöffel täglich in Tee verdünnt, am intensivsten 10% Calc. chlorat. oder Afenil venös, 10 bis 25 cm³, eventuell durch viele Tage wiederholt). Zur Beseitigung der Blutalkalose wird wie bei der Kindertetanie

Ammoniumchlorid (Salmiak) oder das besser schmeckende Monoammoniumphosphat (2 bis 18 g täglich in Oblaten oder in Himbeerwasser) empfohlen. Bei Diarrhöen Opium. Schließlich kommt bei der parathyreopriven chronischen Tetanie die Einpflanzung von Epithelkörperchen (einer frischen Leiche oder bei einer Strumektomie zufällig mitentfernter oder auch von Pferden) in Betracht. In schweren Fällen laktovegetabilische Diät. (W. kl. W. Nr. 6, 1925.)

Die Trigeminusneuralgie und ihre Behandlung.

Von Prof. D. Kulenkampff (Zwickau).

Die Schmerzattacken der Tn. gehen häufig mit Parästhesien, Schwindel und Wärmegefühl der betroffenen Gesichtshälfte einher. Die objektiven Symptome im Anfall (plötzliche Tränensekretion auch bei schmerzlosen Parästhesien, Erröten der Gesichtshälfte, enge Lidspalte, enge oder weite Pupille, mehr oder weniger deutliche Muskelkontraktionen auf der erkrankten Gesichtshälfte, Schweißausbruch, Speichelfluß, manchmal trophische Störungen) sprechen klar für eine vasomotorische Neurose im Sinne eines Reizzustandes im Halssympathikus, bzw. Parasympathikus (Gefäßspasmen im Ganglion Gasseri), daher können auch leichte Reize durch Kapillarreflexe die Anfälle auslösen (Streicheln der Haut, Zähneputzen, kalter Luftzug usw.). Dieser Reizzustand kann durch physikalische Methoden, namentlich Quarzlicht und eventuell auch durch eine milde Atropinkur (0.05: 50.0, dreimal drei bis steigend dreimal acht Tropfen und zurück, durch drei bis vier Wochen) gedämpft werden. Um umstimmende Reizbehandlung handelt es sich auch bei der Rizinusabführkur, bei der Vakzineurinkur u. dgl. Alkohol und Nikotin sind schädlich (Sympathikusreizmittel). Morphium ist unbedingt zu meiden. Vollständig wertlos und gefährlich (Fazialislähmung, Kieferklemme) sind die Schlösserschen Alkoholinjektionen in die Austrittsstellen; sie helfen bei Tn. nie, so daß sie geradezu in zweifelhaften Fällen die Diagnose bestätigen! Gelingt es hingegen durch eine Alkoholinjektion direkt ins Ganglion nach Härtel (siehe M. m. W. Nr. 32, 1924) die Ganglionzellen völlig zu zerstören, so ist der Kranke, ebenso wie nach Exstirpation des Ganglion, dauernd geheilt. Bei richtiger Technik ist das Auge nicht gefährdet. Weniger gefährlich als die Exstirpation und ebenso wirksam ist die retroganglionäre Durchschneidung der Trigeminuswurzel nach Krause-Lexer. Vorher ist die Nervenextraktion nach Thiersch zu versuchen, eventuell auch eine Sympathikusoperation in Gestalt einer Enthülsung der Carotis interna. (M. m. W. Nr. 6, 1925.)

Veronalvergiftung — Behandlung.

In den ersten Stunden nach Eintritt der tiefen Bewußtlosigkeit gründliche Magenauswäschung. Zehn Stunden nach Beginn des Komas ist diese jedoch nicht mehr am Platze. Bei sehr schweren Vergiftungen Aderlaß von 500 bis 600 cm³ Blut, jedoch nur innerhalb der ersten zwei Tage. Gegen den nervösen Depressionszustand subkutane Injektionen von Strychnin, 0.005 bis 0.02 pro die. Auch Koffein-Injektionen werden empfohlen. Während der Dauer des Komas künstliche Ernährung, sei es mittels Schlundsonde, sei es rektal; letzteres dürfte zweckmäßiger sein. Achtung auf Harnretention! Bei Störungen der Zirkulation und der Atmung Kardiotonika, bzw. zur Vermeidung pulmonaler Komplikationen Sauerstoff-Inhalationen und halbsitzende Lage des Kranken. Außerdem Diuretika zur Beschleunigung der Ausscheidung des Giftes; in sehr ernsten Fällen kommt auch Lumbalpunktion (Ortner) in Frage.

Vom prophylaktischen Standpunkt hat Noorden das Veronalnatrium empfohlen, welches besser vertragen wird und sich leichter löst. Ihm fügt er noch Phenazetin oder Codeinum phosphoricum hinzu, welche Mittel zwar keine Gegengifte des Veronals sind, jedoch dessen giftige Wirkung abschwächen. Man verschreibt dann: Rp. Veronali 0.3, Phenacetini 0.2, Codeini phosphor. 0.025, Pulv. Ipecacuanh. 0.1 bis 0.15. Dieses Pulver ist eine Stunde vor dem Schlafengehen einzunehmen, und zwar in oder mit reichlich viel warmem Tee. Das Ipecacuanhapulver verfolgt den Zweck, bei mißbräuchlicher Anwendung einer größeren Pulvermenge gleichzeitig als Brechmittel zu fungieren (vgl. „Ars Medici" 1914, S. 9). Man kann dies auch folgendermaßen verschreiben: Rp. Veronalnatrii 5.0. Solve in Infus. rad. Ipecac. e 2.0 ad 200.0 colat. — Von dieser Lösung entspricht ein Kaffeelöffel 0.1 g Veronal als Sedativum. Als Hypnotikum: einen Eßlöffel = 0.4 Veronal. (André Tardieu, Journ. d. practiciens, 17. Jänner 1925.)

Chirurgie.

In welcher Höhe soll man amputieren?

Die früheren Grundsätze bei Amputationen an der unteren Extremität, mit jedem Zentimeter zu sparen und einen möglichst tragfähigen Stumpf zu schaffen, sind angesichts der modernen Prothesentechnik hinfällig geworden. Heute kommt es nach K. Grasmann (Chir. Abt. d. Städt. Krankenh. München r. I.) weniger auf die Trag- als auf die Funktionsfähigkeit des Stumpfes an und hat die Amputation in jener Höhe zu erfolgen, in der durch Anpassung einer möglichst physiologischen unkomplizierten und dauerhaften Prothese die bestmögliche Leistungsfähigkeit resultiert. Der Stumpf wird in der modernen Prothese weder einem Druck, noch einer Belastung ausgesetzt. Er schwebt in der Prothese und dient lediglich als Bewegungshebel, während als Stützflächen stets höher gelegene Stellen (Tuber ossis ischii, Tuberositas tibiae) dienen.

Handelt es sich z. B. um eine schwere Zermalmung des Fußes und der unteren vier Fünftel des Unterschenkels, so wäre es unrichtig, die restierenden 7 bis 8 cm des Schienbeinkopfes erhalten zu wollen. Denn die Amputation in dieser Höhe erfordert eine wenig leistungsfähige und dauerhafte, unförmige Prothese mit seitlichen Scharnieren; zudem würde der kurze Schienbeinstumpf bei jeder stärkeren Beugung aus der Hülse treten und der Gang bliebe schleudernd und unsicher. Exartikulierten wir im Kniegelenk oder amputierten wir nach Gritti, so wäre eine ähnliche, wenig haltbare Prothese erforderlich, oder müßten wir das Kniegelenk an einer unphysiologischen (da zu tief liegenden) und für den Prothesenträger lästigen Stelle einbauen. Die Bildung eines künstlichen Gelenks erfordert einen Raum von mindestens 6 bis 8 cm. Um dieses Maß wäre der Oberschenkel verlängert, so daß er beim Sitzen vorsteht und der entsprechend gekürzte Unterschenkel den Boden kaum erreicht. Infolge der verschiedenen Höhe der Kniegelenke bleibt der Gang unbeholfen. — Opfern wir hingegen 8 bis 10 cm des Oberschenkels, so läßt sich eine Prothese mit widerstandsfähigem Kniegelenk ohne die unsicheren, seitlichen Scharniergelenke verwenden.

Ähnlich verhält es sich mit den Amputationen am Fuß. Die Resultate der Operationen nach Lisfranc oder gar nach Chopart sind wenig befriedigend; ausgezeichnet dagegen nach einem Pirogoff, aber nur dann, wenn mit Sicherheit ein technisch einwandfreier Stumpf erzielt werden kann (exakteste Adaption des Kalkaneus an die Sägefläche von

Tibia und Fibula in der Druckrichtung). Sonst opfere man lieber gleich das untere Drittel des Unterschenkels, um das Einbauen eines künstlichen Fußgelenkes zu ermöglichen.

Am Unterschenkel amputiert man am besten knapp unterhalb der Mitte, da an einem zu langen Unterschenkelstumpf ständig lästiges Kältegefühl besteht und das untere Ende nach längerem Gehen in der Prothese lästig anschwillt. Auch wird der Gang bei kürzerem Hebelarm weniger schleudernd und die Tibiakante nicht abgescheuert.

Demgegenüber ist im obersten Teil des Oberschenkels und an den Fingern und Armen im allgemeinen möglichst konservativ zu amputieren.

In der Nachbehandlung ist vor allem die Gefahr der Versteifung benachbarter Gelenke bei unnötig langem Ruhigstellen des Stumpfes zu berücksichtigen. Schon beim ersten Verband muß Spitzfußstellung durch Anwenden einer schiefen Ebene, Adduktionskontraktur des Oberarmstumpfes durch rechtwinkelige Abduktion, Kontraktur des Unterschenkelstumpfes durch Streckstellung usw. verhindert werden. Einen Oberschenkelstumpf beginne man schon vom zweiten bis dritten Tag ab durch Verminderung der untergelegten Polster und eventuelles Belasten mit Kissen allmählich tiefer zu lagern; eventuell wende man die Bauchlagerung mit Auflegen von Kissen aufs Gesäß an. (M. m. W. Nr. 3, 1925.)

Wann ist „chirurgische Tbc." zu operieren?

Aus reichen Erfahrungen an der großzügig erbauten neuen Breslauer Tbc.-Station zieht Hauke folgende Schlüsse: Seit den Erfahrungen von Bernhard, Rollier und Bier ist man davon abgekommen, jeden Herd chirurgischer Tbc. durch Operation entfernen zu wollen. Heute gilt in der Therapie jeder tbc. Erkrankung eine genügend lange und systematisch durchgeführte Allgemeinbehandlung als die wichtigste Voraussetzung für den Erfolg. Doch sieht man oft trotz guter Wirkung der Allgemeinbehandlung den lokalen Herd keine Fortschritte machen; in solchen Fällen stellt die operative Entfernung des Krankheitsherdes, falls sie möglich ist, eine dringend notwendige Ergänzung der Allgemeinbehandlung dar. Die Operation ist in Betracht zu ziehen,

1. wenn eine möglichst gründliche Entfernung des Herdes möglich ist;
2. wenn nicht dagegen spricht:
   a) Schwere und Progredienz der Erkrankung,
   b) gleichzeitig bestehende aktive Lungentbc.;
   c) eitrige Sekundärinfektion und ausgedehnte Fistelbildung; hier kommt die Amputation in Frage.

Ausgeschlossen von einer radikalen Operation bleiben:

1. Kinder,
2. Fälle mit guter und schneller Neigung zur Heilung,
3. die Fälle, in denen sich der örtliche Erkrankungsherd einwandfrei anderweitig beeinflussen läßt (Röntgenstrahlen, Quarzlicht). (Klin. Wschr. Nr. 9, 1925.)

Wann soll bei Cholezystitis (Cholelithiasis) operiert werden?

Auf Grund einer Rundfrage der Med. Klinik (Nr. 48 bis 52, 1924) äußert sich hiezu vom internistischen Standpunkt Prof. L. Kuttner (Berlin): Eine absolute Indikation wegen lebensbedrohlicher Zustände geben: 1. die schwere Form der akuten infektiösen Cholezystitis und Cholangitis, besonders die gangränöse Cholezystitis, das akute Empyem, die entzündliche Stauungsgallenblase; 2. das chronische Gallenblasenempyem; 3. Steinverschluß des Choledochus; 4. Perforation und Peritonitis.

Relative Indikationen sind 1. Steine in der Gallenblase bei offenem ductus cysticus, 2. alle geringfügigen akuten Entzündungen, 3. chronische Chole- und Pericholezystitis, 4. steriler Hydrops der Gallenblase.

Die Forderung nach Frühoperation ganz allgemein beim Auftreten der ersten Symptome ist ebenso abzulehnen wie die Operation nur mit Rücksicht auf das noch nicht vorgeschrittene Alter (ohne sonstige zwingende Gründe). Denn die Operationsmortalität beträgt auch im frühen Alter und bei bester Technik 4%, die allgemeine Mortalität der Cholelithiasis hingegen nur 3.16% (Kehr).

Mitbestimmend bei der Indikationsstellung sind individuelle (soziale) Momente, die spezielle Erfahrung des zur Verfügung stehenden Chirurgen, die Sicherheit der Diagnose, das Allgemeinbefinden, die Konstitution, das Geschlecht des Kranken (Operationsprognose bei Frauen besser), die Häufigkeit und Schwere der Anfälle, das Befinden im Intervall, der Erfolg der internen Behandlung, Beruf und Wohnung des Kranken (bei Städtern kann man eher zuwarten als bei Landbewohnern), familiäre Belastung mit Karzinom, Begleit- und Folgezustände, Ikterus, Fieber, Schüttelfrost usw.

Bei den relativen Indikationen ist in Rechnung zu ziehen, daß nach Hotz die Zahl der Dauerheilung nach Operation auf 90%, nach interner Behandlung auf 80% geschätzt wird. Liek beobachtete sogar in 30% nach Cholezystektomie Rückfälle, bzw. zurückbleibende Beschwerden (durch postoperative Adhäsionen und Narben usw.). Vielfach gehen diese nachträglichen Schmerzen überhaupt nicht von den Gallenwegen aus, sondern von einem Ulcus ventr. oder duodeni, einer Pankreatitis, Appendizititis, einem Magenkatarrh u. dgl. (Unsicherheit der Diagnose!).

Den chirurgischen Standpunkt vertritt L. Moszkowicz (Wien). Er berechnet die heutige Mortalität bei bloßer Zystektomie mit 2%, bei Eingriffen an den tiefen Gallenwegen mit 6%; sie beträgt nach Enderlen (Heidelberger Klinik) bei Operationen im Alter von 20 bis 40 Jahren 2%, im Alter von 50 bis 60 Jahren 9%. In frühen Stadien genügt die bloße Zystektomie zur Dauerheilung. Daher drängen die Chirurgen zur Operation in frühen Stadien und in jungen Jahren. Je länger verschleppt, desto komplizierter und gefährlicher die Operation. Bei Mitbeteiligung der großen Gallenwege wird heute meist wieder nach Kocher durch Herstellung einer breiten Anastomose zwischen Duodenum und Choledochus der dauernde Abfluß der infizierten Galle gesichert und der schmerzfreie Abgang etwa zurückgebliebener Steine ermöglicht. Die Drainage ist damit auf ein Minimum reduziert, der Drain bleibt nur wenige Tage liegen und die Bauchdecken werden im übrigen exakt vernäht; Adhäsionsbeschwerden und postoperative Ventralhernien werden so weitgehend vermieden. Die radikale Beseitigung des primären Leberleidens verhütet die gefährlichen sekundären Pankreaskomplikationen und die Krebsbildung.

Nach Prof. Schmieden (Chir. Univ.-Klinik Frankfurt a. M.) sind die Dauerresultate nach Frühoperation besser als bei interner Therapie. Gegen die Operation sprechen: schlechter Allgemeinzustand, insbesondere bei höherem Alter, schwerer Ikterus, Lungenkomplikationen und Hämophilie. In den letzteren drei Fällen ist entsprechende Vorbehandlung erforderlich.

Im akuten Anfall ist die baldige Operation bei hohem Fieber, schweren Allgemeinsymptomen, Empyemverdacht, Perforationsgefahr, peritonitischen Erscheinungen und Zeichen von Pankreatitis berechtigt. Sonst soll möglichst im Intervall operiert werden, da dann die Aussichten für aseptische Heilung günstiger sind.

Die Beseitigung der mit Steinen erfüllten Blase ist unter allen Umständen indiziert, namentlich aber wenn der Zustand unerträglich oder bedrohlich wird.

Prof. Perthes (Chir. Klinik Tübingen) operiert im Anfall möglichst bald, wenn ausgesprochene Druckempfindlichkeit, Bauchdeckenspannung, Erbrechen und hohes Fieber phlegmonöse oder ulzeröse Cholezystitis (bzw. Peritonitis und Abszedierung) befürchten lassen. Die Frühoperation in bezug auf das Leiden ist bei häufigen Anfällen oder chronischem Reizzustand der Gallenblase zweckmäßig. Absolute Indikationen sind das Empyem der Gallenblase, Choledochusverschluß seit mehr als acht Tagen, wiederholter Ikterus (Choledochus durch Steine verlegt), Cholangitis. Der Hydrops der Gallenblase soll wegen der Gefahr der Sekundärinfektion operiert werden, wenn nicht das Allgemeinbefinden dringend gegen die Operation spricht.

Prof. Matthes (Med. Klinik Königsberg): Gegen die Operation in den noch unkomplizierten Anfangsstadien sprechen 1. die Unsicherheit der Diagnose, 2. gewöhnlich das Fehlen einer akuten Lebensgefahr, 3. die Schwierigkeit und relativ hohe Mortalität der Operation (mindestens 2%), 4. bleiben viele Kranke nach einigen Anfällen dauernd anfallsfrei und 5. sichert die Operation nicht absolut gegen Rezidive. Der Arzt soll dem Kranken selbst die Entscheidung überlassen, ob er das Risiko einer nicht unbedingt indizierten Operation tragen oder die Gefahren des Zuwartens auf sich nehmen will. Bei wiederholten Schüttelfrösten und anhaltenden Temperaturen soll man, wenn es der Zustand sonst erlaubt, unbedingt operieren.

Ebenso ist die Operation anzuraten beim chronischen Empyem der Gallenblase (palpabler, druckempfindlicher Tumor, Subfebrilität, dauernde Beschwerden, namentlich nach Mahlzeiten) und beim Choledochusstein, bevor der Kranke durch den Ikterus ernstlich geschädigt ist.

Prof. Stich (Chir. Klinik Göttingen) tritt für die Frühoperation innerhalb der ersten 48 Stunden nach Beginn des Anfalls ein. Ebenso fordert Prof. Läwen (Chir. Klinik Marburg) die Frühoperation. Gründe: Eingriff technisch einfach, gute Dauerresultate, Verhütung von Komplikationen.

Prof. Umber (Charlottenburg) hebt demgegenüber hervor, daß die interne Therapie in weitaus den meisten Frühfällen zur Heilung, bzw. Latenz führt. Die postoperativen Beschwerden durch Adhäsionen oder echte Steinrezidive sind viel häufiger als die meisten Chirurgen annehmen. Nur die Minorität der vom Autor beobachteten Gallensteinoperierten ist dauernd beschwerdefrei geblieben. Absolute Operationsanzeigen (phlegmonöse Cholezystitis, eitrige ulzeröse Prozesse bei chronisch-rezidivierender Cholelithiasis, Gallenblasenempyem, auch geringfügiger Verdacht auf Krebs, Beteiligung des Pankreas, Choledochusverschluß, namentlich mit Kräfteverfall) sind selten (4.4% unter den letzten 771 Fällen obiger internen Klinik). Relativ indiziert ist der Eingriff (am besten im Intervall), und umsomehr, je jünger der Kranke — bei trotz planmäßiger Kuren chronisch rezidivierender Cholelithiasis und in Fällen, deren soziale Lage solche Kuren nicht zuläßt.

Prof. Kappis (Hannover) operiert am zweiten, spätestens dritten Tage, wenn der Anfall von Ikterus, Fieber und namentlich Schüttelfrost begleitet ist und diese Symptome bis dahin nicht zurückgehen. Die Gefahren von Seiten des Ikterus werden durch Kalzium bekämpft.

Prof. Enderlen (Heidelberg) betont den Morphinismus als wichtige Operationsanzeige. 80% der Gallensteinleidenden Berlins sind Morphinisten!

Prof. K ü t t n e r (Direktor der Chir. Klinik Breslau) rechnet zu den relativen Anzeigen zur Operation die Mehrzahl der auf dem Boden einer Cholelithiasis sich entwickelnden Adhäsionsbeschwerden, die weit häufiger Erscheinungen von Seiten des Magens und Duodenums verursachen, als eigentliche Cholelithiasissymptome. Die Operation darf sich nicht auf die einfache Lösung der Adhäsionen beschränken, sondern man muß stets die Gallenblase exstirpieren, auch wenn sie keine Konkremente enthält. — Bei Typhusbazillenträgern mit Cholelithiasis bewirkt die Cholezystektomie auch das Schwinden der Bazillen.

Relative Gegenanzeigen gegen die Operation sind Greisenalter, Arteriosklerose, Herzleiden, schwere Lungenleiden, hochgradige Fettleibigkeit; ferner Fälle mit geringfügigen, seltenen Koliken ohne Ikterus, da diese auch intern latent werden können; aus dem gleichen Grunde auch Koliken mit Ikterus, nach denen jedesmal Steine abgehen („erfolgreiche" Anfälle). Auch im Stadium des akuten Choledochusverschlusses ohne cholangitische Symptome (Schüttelfröste, Fieber, schmerzhafte Leberschwellung) kann man zunächst zuwarten, da das Konkrement im Gallengang von selbst abgehen und das Leiden auch intern latent werden kann, zumal die lokalen Operationsbedingungen in diesem Stadium wenig günstig sind.

Prof. A n s c h ü t z (Direktor der Chir. Univ.-Klinik Kiel): Die Frühoperation schon beim ersten Gallensteinanfall wie bei einer akuten Appendizitis ist im allgemeinen abzulehnen.

Prof. M o r a w i t z (Würzburg): Ikterus auch hohen Grades kontraindiziert nicht eine Operation, da die Blutungsgefahr meist nicht so groß ist. Durch vorherige Bestimmung der Blutungs- und Gerinnungszeit (hiezu Kugelröhrchen nach Dr. Schulz [E. Leitz, Berlin NW. 6]) kann man sich vor Überraschungen schützen.

Prof. H. F i n s t e r e r (Wien): Maßgebend für die Frühoperation ist weniger das Alter des Pat. als die Dauer und Intensität der vorausgegangenen Anfälle. Eine geschrumpfte Gallenblase mit mächtigen Schwielen am Zystikus-Hepatikus-Winkel ist auch bei Jugendlichen viel schwieriger und gefährlicher zu exstirpieren, als eine prall gespannte Blase im akuten Anfall selbst bei einer 60jährigen Person, wenn nur wenige Anfälle vorausgegangen sind und nur spärliche Verwachsungen zwischen Blasenfundus und Kolon oder Duodenum zu lösen sind. Unsicherheit der Diagnose ist meist kein Grund gegen die Frühoperation: Wenn ein Pat. einen heftigen Schmerzanfall mit deutlichen Lokalsymptomen in der rechten Oberbauchgegend bekommt, der sich gar wiederholt und nur durch Morphium zu lindern ist, so ist die Operation berechtigt, auch wenn es sich nicht um eine Cholelithiasis, sondern ein Duodenalulkus oder eine Appendizitis handelt. Nur eine etwaige Nierenerkrankung (Nierenstein, Pyelitis) muß ausgeschlossen werden können, da die Operationstechnik verschieden ist. Auch die Probelaparatomie ist in zweifelhaften Fällen berechtigt, da ihre Mortalität an sich fast Null ist. Die Frühoperation verhütet die Gefahr der Infektion der tiefen Gallenwege und der Peritonitis, die Lokalanästhesie die Gefahren der Allgemeinnarkose. Die tiefe Äthernarkose schädigt Leber, Gehirn, Herz usw. ebenso wie das Chloroform (siehe C r i l e, Surgical shock usw. W. B. Saunders Company 1921). Die seltenen Fälle von galliger Peritonitis, die nach vollständigem Verschluß der Bauchdecken, also bei der sogenannten „idealen" Cholezystektomie beobachtet werden, vermeidet man am besten dadurch, daß man in allen Fällen ein dünnes Drainrohr (keinen Gazestreifen, keine Tamponade des Leberbettes!) als Sicherheitsventil in die Nähe des Gallenblasenbettes einlegt. Dasselbe leitet nicht

nur die aus den verletzten Gallengängen des Leberbettes austretende Galle nach außen ab, sondern auch das nach jeder Cholezystektomie sich immer wieder ansammelnde Blut, so daß damit auch die Bildung von schweren Adhäsionen durch Organisation der Hämatome vermieden wird. Nach der Bauchnaht soll man sich durch Einführen einer steifen Sonde in das Drainrohr überzeugen, ob dasselbe nicht durch die Bauchnaht geknickt wurde.

Autor hatte unter 215 Cholezystektomien und Choledochotomien keinen einzigen Todesfall durch Shock (Herzkollaps) oder Pneumonie, was er auf die systematische Ausschaltung der tiefen Allgemeinnarkose zurückführt. Er operiert ausschließlich in Leitungs- und Splanchnikus-, bzw. Paravertebralanästhesie und gibt nur notfalls etwas Äther (50 bis 100 cm^3), wenn die Injektion von Novokain ins Lig. hepato-duodenale nicht völlig ausreicht. Zur Vermeidung tödlicher Leberschädigungen muß ferner jeder traumatische Insult der Leber während der Operation, wie Vorziehen der Leber vor die Bauchwunde, Kanten derselben über den Rippenbogen, vermieden werden. Unmittelbar nach der Operation beginnende methodische Beinübungen verhüten schließlich tödliche Lungenembolie. Treten nach der Cholezystektomie weiter kolikartige Anfälle ohne Ikterus auf, so handelt es sich nicht um ein Steinrezidiv, sondern um Ulcus ventriculi oder duodeni. Die Frühoperation unter 40 Jahren wird eindringlich empfohlen; unter 170 Fällen hatte Autor nur drei Todesfälle.

Prof. Pels-Leusden (Chir. Univ.-Klinik Greifswald): Die Frühoperation ist berechtigt, nicht aber unbedingt in jedem Fall erforderlich; absolut indiziert hingegen, wenn gleich eine schwere phlegmonöse Entzündung der Gallenblase auftritt.

Prof. Kirschner und Dozent Kurtzahn (Chir. Univ.-Klinik Königsberg i. Pr.): Die interne Therapie wirkt lediglich symptomatisch. Daher soll jedes Gallensteinleiden, sobald es mit Sicherheit als solches erkannt ist, bei einem sonst gesunden, rüstigen Menschen operiert werden. Namentlich soll bei Choledochusverschluß möglichst bald operiert werden; daß Ikterische stärker bluten, haben die Autoren bisher nicht gesehen. Auch bei Fehlen von Lebensgefahr kann man während eines Anfalls operieren. Die Gallenblase muß unbedingt exstirpiert werden, sonst Rezidive. Die tiefen Gallenwege sollen auch dann auf Steine untersucht werden, wenn niemals Ikterus bestanden hat. Keine Choledochusdrainage nach außen! Die Vatersche Papille wird stets mit Hegarstiften gedehnt und der Choledochus nach der Revision auf Steine primär vernäht. Die Bauchhöhle wird auch in glatten Fällen drainiert, da niemand die Garantie für eine „ideale“ Cholezystektomie übernehmen kann.

Die Fissura ani

entsteht nach L. Moszkowicz (Wien) deshalb häufig im Gefolge von Hämorrhoiden, weil die durch dieselben verdünnte Übergangshaut des Anus beim Durchpressen harter Kotballen leicht einreißt. Ebenso entsteht das Ulcus cruris an varikösen Beinen nach Verletzung der über den Varizen verdünnten Haut. Man vermeide die schmerzhafte digitale Untersuchung. Zieht man die Haut zu beiden Seiten des Anus vorsichtig auseinander und bringt den Kranken durch beruhigendes Zureden dazu, die Angst zu überwinden und vorsichtig zu pressen, so läßt der Sphinkterkrampf allmählich nach, man übersieht einen immer größeren Teil der Analschleimhaut und kann Größe und Tiefe der Fissur ohne Berührung feststellen. Ein untrügliches Zeichen derselben sind die als radiärer Wulst sichtbaren Ränder. Salben, Zäpfchen, Lapistuschierung sind meist erfolglos. Man gebe jeden zweiten Tag ein Abführmittel und verordne eine schlackenarme, zellulosefreie Kost und regelmäßige reinigende Sitzbäder.

Gelingt es so, jeden zweiten Tag einen weichen Stuhl zu erzielen, so kann das Geschwür in zwei bis drei Wochen heilen. Meist ist aber die Operation mit gleichzeitiger Entfernung der Hämorrhoiden nicht zu umgehen. (W. kl. W. Nr. 6, 1925.)

Die Freundsche Operation bei Lungenemphysem.

W. A. Freund hat für gewisse Fälle von schwerem Lungenemphysem vorgeschlagen, den starr gewordenen Rippenknorpel zu resezieren und so den Brustkorb wieder beweglich zu machen. Es ist darüber gestritten worden, ob das Starrwerden des Knorpels schon im dritten bis fünften Lebensjahrzehnt das Primäre der Erkrankung oder eine Folge des Emphysems ist, ob also die Freundsche Operation eine kausale oder symptomatische Behandlung darstellt. Tatsächlich hat sich aber der Gedanke dieser Operation allmählich durchgesetzt. Im Jahre 1910 wurde diese Frage auf dem Chirurgenkongreß eingehend erörtert, dann die Operation oft geübt und über gute Erfolge berichtet. In letzter Zeit scheint aber die Freundsche Operation wieder in Vergessenheit zu geraten. Petermann (St. Hedwigskrankenhaus, Berlin) empfiehlt daher neuerlich das Verfahren, mit dem er manchen guten Erfolg erzielt hat. Es eignet sich für die Freundsche Operation nur eine beschränkte Anzahl von Emphysemkranken. Vor allem müssen die charakteristischen Veränderungen der vorzeitigen Knorpelverknöcherung vorhanden sein: unregelmäßige, höckerige Verdickung und Verlängerung des Knorpels, der häufig beim Beklopfen schmerzhaft ist. Gestützt wird die Diagnose durch das Röntgenbild und den Nadelversuch: während man beim gesunden Knorpel mit der Nadel das Gefühl des elastischen Widerstandes hat, stößt die Nadel beim krankhaft veränderten Knorpel auf harten Widerstand oder gelangt in einen Hohlraum. Es kommen nur Patienten im dritten, vierten und fünften Lebensdezennium in Betracht, bei denen die Krankheit noch nicht zu lange besteht; bei alten Emphysematikern ist die Operation zwecklos. Auch bei schon lange bestehenden und erheblichen Veränderungen der Zirkulationsorgane ist wenig zu hoffen. Die Operation besteht in der Resektion des II.-V. Rippenknorpels einer Seite. In einer zweiten Sitzung kann eventuell noch die andere Seite operiert werden. Um eine Regeneration des Knorpels zu verhüten, ist Mitentfernung des Perichondriums notwendig. An der Rückseite ist das meist recht schwierig; die enorm gespannte und papierdünne Pleura kann dabei leicht verletzt werden. Anzuraten ist das Einlegen eines gestielten Lappens aus dem Musculus pectoralis in den Defekt. Die Operation läßt sich bequem in Lokalanästhesie ausführen. Sofort nach dem Eingriff haben die meisten Kranken ein Gefühl der Erleichterung; man sieht, wie das Spiel der Rippen wieder einsetzt und der Thorax mobil wird. In den ersten Tagen sind natürlich wegen der frischen Wunde Atmung und Expektoration schmerzhaft. Dann muß als Nachbehandlung mit Atemgymnastik eingesetzt werden, worauf sich auch die Bronchitis bessert und die Zirkulationsstörungen schwinden. (D. m. W. Nr. 6. 1925.)

Die Frühbougierung der Speiseröhrenverätzung

ergibt nach Prof. H. Salzer weitaus die besten Resultate. Autor, Bokay und Erdelyi haben zusammen 223 Fälle nach dieser Methode behandelt: 214 wurden ohne Striktur geheilt, vier starben an Pneumonie, fünf an Perforation. Mit einer weichen Schlundsonde wird der Magen sofort nach der Verätzung gründlich ausgewaschen und Pat. dann mit flüssiger Nahrung ernährt. Am zweiten Tag (bei Fieber zwei bis drei Tage

später) Beginn der Bougierung am besten mit den von Bass angegebenen weichen Bougies, die mit Schrotkörnern gefüllt sind und infolge ihres schweren Gewichtes fast von selbst in den verätzten Ösophagus hineingleiten. Anfangs läßt man die Sonde nur wenige Minuten, allmählich aber immer länger liegen, so daß man etwa nach sechs Tagen eine halbe Stunde erreicht. Das Verfahren ist so schonend, daß nach acht Tagen selbst vierjährige Kinder sich die Bougie meist selbst einführen. Die anfangs hochgradigen Schluckbeschwerden schwinden nach wenigen Tagen. In der zweiten Woche erhält Pat. bereits breiige, in der dritten Woche normale Kost. Die Bougierung wird durch vier bis fünf Wochen täglich, dann ansteigend mit ein bis zwei bis drei und mehr Tagen Pause und schließlich nur einmal alle drei bis vier Monate zur Kontrolle fortgesetzt. (W. kl. W. Nr. 11, 1925.)

Pankreasdispert bei Furunkeln, Karbunkeln und Pyodermien.

Unna hat seinerzeit die verdauenden Kräfte des Magendarmkanals in die Therapie der Hautkrankheiten eingeführt und mit seinem Pepsin-Salzsäuregemisch („Ars Medici" 1920, S. 124) gute Erfolge erzielt. In neuerer Zeit werden zu gleichen Zwecken die äußeren Fermente des Pankreas verwendet. Katz (Nürnberg) rühmt insbesondere das „Pankreasdispert", von welchem die herstellende Firma (Krause Medico Ges. m. b. H. in München) auch eine 5%ige und eine 2%ige „Pankreasdispertsalbe" mit Vaselinum album herstellt (tierische Fette, Zink, Talk usw. dürfen bei dieser Salbe nicht verwendet werden). Furunkel und auch große Karbunkel werden durch Auflegung dieser Salbe ohne die lästigen heißen Kataplasmen in ein bis drei Tagen erweicht und auch der Schmerz und die Spannung werden gelindert. Ähnliche gute Erfolge ergaben sich bei Panaritien, tiefen Trichophytieknoten, oberflächlichen Pyodermien (nach Entfernung der Krusten mechanisch oder mit 10%iger Salizylsalbe) und infizierten Hautulzera. Bei Ekzem und Psoriasis zeigte sich keine besondere Wirkung. Bei Lupus vulgaris schien die Beeinflussung sehr günstig, doch sind hier noch weitere Versuche nötig. (D. m. W. Nr. 10, 1925.)

Magenkrebs — Diagnose, Prognose.

Nach Prof. W. Anschütz (Direktor der Chir. Univ.-Klinik Kiel) liegt der Schwerpunkt in der Diagnostik des Magenkrebses im Stuhlbefund auf okkultes Blut (92.6% positiv) und im Röntgenbefund (96.4% positiv). Wiederholt negativer Ausfall der richtig ausgeführten Stuhluntersuchung und normaler Röntgenbefund sprechen zuverlässig gegen Ca. Beide Untersuchungsmethoden ermöglichen eine weitgehende Einschränkung der diagnostischen Probelaparatomie.

Für die Prognose ausschlaggebend ist das latente Wachstum, so daß ein Viertel bis drei Viertel der Fälle bereits inoperabel (größere Fernmetastasen) zur Operation kommen. Ohne Operation beträgt die durchschnittliche Lebensdauer vom Auftreten der ersten Symptome an zwölf Monate. Die Gastroenterostomie verlängert das Leben selten mehr als um drei Monate und kommt nur bei Inoperabilität in Betracht. Die Resektion ergab an der Klinik in 22% über fünfjährige und in 21% über zehnjährige Rezidivfreiheit. (M. m. W. Nr. 1, 1925.)

Periproktitis — Therapie.

Dr. L. Moszkowicz (Wien) warnt vor dem beliebten Abwarten bis zur „Reifung des Abszesses". Findet man neben dem Anus eine schmerzhafte Schwellung und Rötung, so ist immer schon Eiter vorhanden.

Wartet man ab, so breitet sich die Eiterung gegen die Fossa ischio-rectalis zu aus und kann oberhalb des Sphinkters in den Mastdarm durchbrechen und damit zu einer schwer zu beseitigenden Fistel führen. Ebenso führt die übliche Stichinzision unfehlbar zur Fistelbildung. Richtig ist nur die breite, zirkulär den Anus umkreisende (niemals radiäre) Inzision im Ätherrausch, nach welcher die Wundränder von selbst auseinander weichen, so daß Tamponade überflüssig ist und keine Gefahr besteht, den Sphinkter zu durchschneiden. Genügend breite Inzision vermeidet auch die Nischenbildung, die gleichfalls zur Fistel führen kann. (W. kl. W. Nr. 6, 1925.)

Polytendovaginitis rheumatica acuta.

Roseno (Chir. Abteilung des Israelitischen Asyls in Köln) berichtet über folgenden Fall: 48jährige gesunde Frau erkrankte plötzlich mit Fieber an schmerzhaften Schwellungen an den Füßen und beiden Händen. An dem rechten Mittelfinger, besonders an der Beugeseite, streifenförmige Rötung und Schwellung, die sich auf die Hohlhand fortsetzt. Nach Konsilium des Internisten mit einem erfahrenen Chirurgen wird eitrige Sehnenscheidenentzündung des rechten Mittelfingers diagnostiziert und die Inzision gemacht, die jedoch nur trüb seröses Exsudat, keinen Eiter und keine Bakterien ergibt. In den nächsten Tagen erkrankten auch die Trizepssehne und die Sehnen an beiden Fußrücken unter Fieber und Schweißen; an den Sehnen entlang ziehen sich schmale rote (wie Lymphangitis aussehende) Streifen. Unter energischer Sanzyltherapie schwinden alle Erscheinungen in weniger als zwei Wochen. — Ein ganz analoger Fall wurde kurz darauf bei einem 20jährigen Mädchen beobachtet und ohne Inzision durch Salizyl zur Heilung gebracht. — Lues, Gonorrhoe und Infektion von außen konnte in beiden Fällen ausgeschlossen werden. Man muß daher das Rheumatismusvirus als krankheitserregendes Agens annehmen, zumal ex juvantibus (Salizyl). Prüft man auf diese Annahme hin die Literatur, so findet man nicht wenige Fälle, die hieher gehören dürften, aber noch nicht zu einem Krankheitsbild zusammengefaßt wurden. Verfasser kommt daher zu folgenden, für den Praktiker recht wichtigen Schlüssen: Es gibt eine multipel auftretende akute Sehnenscheidenentzündung, die den anderen häufigeren rheumatischen Affektionen als Polytendovaginitis rheumatica acuta anzugliedern ist. Ihre Diagnose stützt sich auf den akuten Beginn, mäßiges Fieber, Schweiße, Rötung, Schwellung und spontane Schmerzhaftigkeit der befallenen Sehnenscheiden, auf das Sprunghafte der Erscheinungen und die prompte Beeinflußbarkeit durch Salizyl. Differentialdiagnostisch müssen ausgeschlossen werden: Lues, Gonorrhoe, Gicht, besonders aber die bekannte Tendovaginitis purulenta (im Gefolge von Strepto- und Staphylokokkeninfektion oder Ruhr). (Klin. Wschr. Nr. 14, 1925.)

Postoperatives Erbrechen — Prophylaxe.

Das Erbrechen nach der Narkose kann, wenn es reflektorischen Ursprungs ist, — bei Geruch oder Geschmack von Äther, Chloroform — durch vorherige Gaben von Morphin, Skopolamin oder anderer Sedativa verhindert werden. Dem durch Verschlucken narkotischer Dämpfe bei längeren Narkosen bewirkten Erbrechen wurde von Sattler durch die subkutane Injektion von 0.01 Lobelinum hydrochloricum crystallisatum (Ingelheim) in 24 von 26 länger dauernden Narkosen mit Erfolg vorgebeugt. Die Anzahl der Atemzüge verdoppelte sich, die Respiration wurde tiefer und intensiver. Die sich sonst bei Narkosen im Blute anhäufende Kohlensäure wurde auf diese Weise rascher ausgeschieden. Auch Lungenkomplikationen nach

längeren, in Narkose ausgeführten Eingriffen kamen in obigen Fällen nur einmal zur Beobachtung. (D. Ztschr. f. Chir. Bd. 190, H. 1/2, 1925.)

Rotlauf — Behandlung.

Sehr zahlreich sind die von den verschiedensten Autoren angegebenen Behandlungsmethoden, — ein Beweis, wie schwer es vielfach ist, der Erkrankung Herr zu werden. Von lokalen Maßnahmen sind bekannt: Umschläge mit essigsaurer Tonerde, Bepinselung mit Jodtinktur oder Lapislösung, Blockierung der Empfindungsnerven des Herdes mit 1%iger Novokain-Adrenalin-Injektion, punktförmige Kauterisationen des Erysipels bis ins Gesunde. Gerühmt wird auch die Lichttherapie, sei es in Form der Quarzlampenbestrahlung (der gesunden Umgebung bei Abdeckung des Krankheitsgebietes — Ref.), des Rotlichts oder der Röntgen-Reiztherapie. (Bei hochfiebernden Kranken dürfte aus äußeren Gründen die Lichtbehandlung selten, höchstens in Anstalten, in Frage kommen. — Ref.). Eine weitere Behandlungsart liefert die Immunisierungs- und die unspezifische Reiztherapie (Streptokokkensera, Strepto-Yatren, Milchinjektionen, Diphtherieserum). — Alle diese Methoden haben Erfolge und Mißerfolge zu verzeichnen. Dieser Umstand bewog von Hütten, an der chirurgischen Klinik der Universität Gießen Versuche mit einer neuen Reiztherapie anzustellen. Er vereiste bei zwei Kranken mit Chloräthyl die Umgebung des erkrankten Gebietes etwa fingerbreit außerhalb davon in Form eines Ringes, und zwar bis zur Erfrierung ersten Grades, bei zwei anderen Patienten sogar bis zur Blasenbildung, von der Vorstellung ausgehend, durch den erzeugten Entzündungswall (den er auch histologisch im Tierversuch nachwies) die Streptokokken in ihrer Virulenz abzuschwächen, falls sich die Erkrankung auf die Umgebung fortsetzte. In allen vier Fällen war binnen ein bis zwei Wochen der Rotlauf geheilt. Sofortige Kupierung wurde allerdings nicht erzielt, doch machte der Rotlauf an den vereisten Stellen Halt. Im Gesicht empfiehlt sich diese Methode nicht, da nach stärkerer Vereisung braun pigmentierte Narben zurückbleiben. Auch an stärker behaarten Stellen stößt die Wirkung der Vereisung auf Schwierigkeiten, da man die Grenze des Krankheitsherdes dort nicht immer genau feststellen kann. (Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 2, 1925.)

Die Behandlung der Schenkelhalsfraktur

kann nach einem Referat Prof. A. Frommes auf der Tagung mitteldeutscher Chirurgen in Dresden keine einheitliche sein. Es müssen vielmehr der Allgemeinzustand und die sozialen Verhältnisse berücksichtigt werden. Die normale Frakturbehandlung bis zur knöchernen oder festen bindegewebigen Heilung ist in 25 bis 50% wegen des Alters und der Gebrechlichkeit der Kranken nicht durchführbar und auch wenig aussichtsvoll. Für sehr alte Leute ist daher die funktionelle Behandlung die beste. Vor allen konservativen Methoden, die eine knöcherne Heilung anstreben, verdient der Gipsverband in Abduktion und Innenrotation den Vorzug, da er besser als die Extensionsbehandlung die so wichtige Adaption und Fixation der Fragmente gewährleistet. Die Fixation im Gipsverband muß mindestens drei Monate dauern, dann erst Beginn mit Bewegungsversuchen usw. und erst vier Wochen später die erste vorsichtige Belastung. Wenn möglich Nachbehandlung mit entlastenden Apparaten.

Von den operativen Methoden fehlen bei uns über die vom Ausland empfohlene primäre Entfernung des Kopfes noch genügend Erfahrungen. Bei jüngerem und mittlerem Alter ergibt die konservative Behandlung bei knöcherner oder auch straffer bindegewebiger Heilung bessere funktionelle

Resultate. Bei bereits bestehender Pseudarthrose sind alle Verfahren abzulehnen, die eine Vereinigung durch Naht oder Bolzung anstreben, desgleichen die Entfernung des Kopfes; zu empfehlen sind die Methoden nach Schanz (subtrochantere Osteotomie drei Wochen nach Exstirpation des Kopfes) oder Lexer (Pfannenplastik). (M. m. W. Nr. 4, 1925.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Milz- und Ovariumbestrahlungen bei gynäkologischen Blutungen.

Die Milzbestrahlungen bei gynäkologischen Blutungen, die in der letzten Zeit mehrfach empfohlen wurden („Ars Medici" 1923, S. 112), haben Hornung und Mikulicz-Radecki an der Leipziger Univ.-Frauenklinik an 55 Fällen nachgeprüft. Zur Behandlung kamen Blutungen Jugendlicher, die seit Beginn der Periode an atypischen Blutungen litten, Meno- und Metrorrhagien Geschlechtsreifer sowie klimakterische Blutungen. Die Verfasser kommen zu dem Ergebnis, daß die Milz-Röntgenbestrahlung eine wertvolle Bereicherung unseres therapeutischen Rüstzeuges bei der Bekämpfung von uterinen Blutungen darstellt. Doch gilt das nicht für alle Fälle. Am meisten ist die Methode zu empfehlen bei Metrorrhagien jugendlicher und geschlechtsreifer Patientinnen, die an den Genitalien keine wesentlichen Veränderungen aufweisen, sowie bei Adnexerkrankungen. Hier ist fast immer mit einem momentanen Erfolg, in 25% der Fälle sogar mit Dauererfolg zu rechnen; bei den Blutungen Juveniler sind die Dauererfolge noch häufiger. Die Milzbestrahlung hatte Erfolg auch in Fällen, wo Sekale-, Ovarial- und Kalkpräparate versagt hatten; manchmal ist allerdings auch das Umgekehrte der Fall; hier heißt es eben: ausprobieren! — Bei den Menorrhagien der geschlechtsreifen Frauen und bei den klimakterischen Blutungen versagte die Milzbestrahlung häufig und ist hier im allgemeinen nicht zu empfehlen.

Technik. In rechter Seitenlagerung wird die Milzdämpfung perkutorisch festgestellt, auf die mit dem kleinen oder großen Kompressionstubus ein Drittel der HED appliziert wird (Neointensivapparat, 200 KV, 3 MA, 0.5 Zn + 3 Al-Filter); das entspricht einer Dosis von 13 bis 19% in 4 bis 6 cm Tiefe, der mittleren Lage der Milz. Man braucht zur Erreichung der Dosis etwa acht bis elf Minuten. Nach der Bestrahlung stellen sich oft Übelkeit, Erbrechen, Mattigkeit und Schmerzen in der Milzgegend („Röntgenkater") ein, doch schwinden diese Nebenerscheinungen schnell und ohne Folgen. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 9, 1925.)

Vor kurzem wurde von Köhler bei Genitalblutungen Resektion eines Teiles der Ovarien empfohlen („Ars Medici" 1924, S. 14). Es ist anzunehmen, daß die Hyperfunktion des Eierstockes durch Reduktion der Gesamtmenge der vorhandenen Follikel eingeschränkt wird. Mansfeld (Budapest) empfiehlt zum gleichen Zweck die viel einfachere Bestrahlung eines Ovars mit zwei Hauterythemdosen (einer von vorn, einer von hinten), denen nach zwei, bzw. vier Wochen je eine Hauterythemdosis nachfolgt. Die Erfolge waren sehr gute, und auch Prof. Weibel hatte mit diesem Verfahren 88% günstige Resultate. Durch die Röntgenbestrahlung wird die Masse des Eierstockgewebes verringert, der unbestrahlte zweite Eierstock aber garantiert genügende innere Sekretion und Konzeptionsfähigkeit. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 10, 1925.)

Zur Behandlung des Puerperalfiebers

und des fieberhaften Aborts empfiehlt Dozent H. Küstner folgendes in der Univ.-Frauenklinik in Halle bewährte Verfahren: Zunächst ist die Entleerung des Uterus anzustreben, denn zweifellos bilden in Zersetzung begriffene Plazentarreste den besten Nährboden für gefährliche Keime. Hiezu eignet sich am besten das Gynergen (Chem. Fabrik Sandoz), das sicherer und ausgiebiger Uteruskontraktionen hervorruft als Sekale und Hypophysin. Man injiziert bei fieberhaften Aborten, besonders wenn die Frucht noch nicht ausgestoßen ist, in Zwischenräumen von ein bis zwei Stunden Gynergen in steigender Dosis, beginnend mit 0.2 cm^3 und steigend bis 1 cm^3. Damit erzielt man in 70 bis 80% der Fälle eine spontane Entleerung des Uterus. Wo dies nicht gelingt, ist der Muttermund durch das Gynergen doch schon so gedehnt, daß man ihn dann in einer Sitzung mit Hegar-Stiften für eine digitale oder instrumentale Entleerung (in Narkose) genügend erweitern kann. Man erspart damit die Laminariadilatation, die doch 24 Stunden dauert und den pathogenen Keimen Zeit läßt, sich anzusiedeln oder weiter vorzudringen. Daneben injiziert man venös, am besten nach einem Schüttelfrost oder Temperaturanstieg (zur Zeit, wo die Keime ins Blut gelangen) das Linsersche Sublimat-Salvarsangemisch, das heißt 0.3 g Neosalvarsan plus 2 cm^3 einer 1%igen Sublimatlösung. Dieses Gemisch gibt bekanntlich einen schwarzen Niederschlag und muß streng venös einverleibt werden. Eine Wiederholung dieser Injektion ist nur bei besonders schweren Fällen erlaubt, da sie immerhin Nierenschädigungen verursachen könnte. Ein Allheilmittel ist natürlich die Neosalvarsan-Hg-Therapie nicht, aber mancher sehr bedrohlich aussehende Fall konnte durch sie deutlich gebessert und gerettet werden. (D. m. W. Nr. 6, 1925.)

Prophylaxe in der Geburtshilfe.

Als oberstes Gesetz für Arzt und Hebamme fordert Max Samuel (Köln a. Rh.), Lage und Geburtsverlauf durch äußere Untersuchung und Beobachtung zu beurteilen. In 98% ist die innere Untersuchung zu entbehren. Vermutet man eine Anomalie oder ist man über den Geburtsverlauf im Zweifel, so untersuche man mit Gummihandschuhen zunächst rektal und nur im äußersten Notfall vaginal.

Gegen die kritiklose Anwendung des Dämmerschlafes und der „Honorarzange" wird lebhaft Protest eingelegt. Innere Spülungen sind selbst bei Lochiometra entbehrlich und durch Sekakornin, Eisblase und Lagerung zu ersetzen. Folgende einfache Methoden erleichtern und beschleunigen die Geburt und ersparen manche Zange: In der Eröffnungsperiode wird das Stützen des Rückens während der Wehen oft als Erleichterung empfunden (notfalls 0.02 Morphium). In der Austreibungsperiode wird der Beckenausgang erweitert, der Wehenschmerz herabgesetzt und das Mitpressen erleichtert, wenn die Frau in Rückenlage Knie und Hüften maximal beugt, die Kniekehlen mit den Armen umfaßt und kräftig kopf- und seitwärts zieht, wobei sich der Kopf von der Unterlage abhebt. (Abb. I.) Diesen Zug kann man allein oder von beiden Seiten des Bettes durch Druck gegen die Knie verstärken, wobei aber die Kreißende mit den Knien nicht entgegenstemmen darf. Bei tiefem Querstand kann man durch Seitenlagerung und einseitiges Unterfassen an dem entsprechenden Beine noch die Drehung des Kopfes erzielen und damit die Zange vermeiden.

Manche korpulente Frauen können in der beschriebenen Haltung nicht mitpressen. Man setze sich dann fest angelehnt gegen die auf der Unterlage aufstehenden, im Knie gebeugten Beine und lasse die Frau an

seinen Händen beiderseits fest anziehen, wobei die Frau unwillkürlich zwecks beseren Mitpressens den Kopf von der Unterlage abhebt.

Man kann auch die Frau aufstehen und während der Wehen tiefe Kniebeuge machen lassen, wobei sie sich mit den Händen irgendwo in Schulterhöhe festhält (hintere Bettwand usw.), und sich eventuell noch mit



Abb. I.



Abb. II.

dem Rücken fest gegen die Zimmerwand stemmt. Der Kopf wird wieder zwecks stärksten Pressens gegen die Brust gesenkt. (Abb. II.)

Zum Dammschutz wird der Ritgen-Fehlingsche Hinterdammgriff empfohlen: Man befindet sich rückwärts der in linker Seiten-

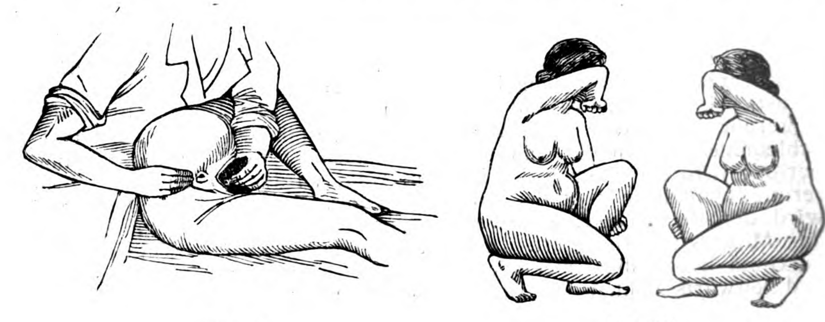


Abb. III. Abb. IV.

lage mit aufgestelltem rechten Bein gelagerten Frau. Mit dem rechten Zeige- und Mittelfinger sucht man am Hinterdamm unter das kindliche Kinn zu gelangen, während die ganze linke Hand am Kopfe lose aufliegt. (Abb. III.) In der Wehenpause leitet man den Kopf langsam und schonend heraus. Damit die Frau — möglichst Narkose à la reine — nicht mit-

pressen kann, liegen die Hände auf der Brust und atmet sie tief bei offenem Munde.

Durch zeitweise Walchersche Hängelage kann ein mäßiges Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken (selbst bis zu einer Conjugata vera von 7.5 cm), eventuell unter Hypophysin überwunden werden. Gleichzeitig kann man versuchen, von außen den Kopf ins Becken hineinzudrücken.

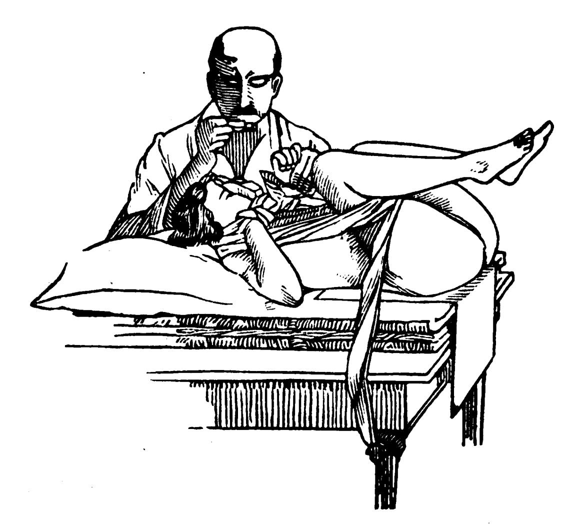


Abb. V.

Notfalls außerdem Symphysiotomie. Vorbedingungen: Portio verstrichen, Blase gesprungen. Kontraindikation: Drohende Uterusruptur.

Die innere Wendung wird nach Bumm durch Beckenhochlagerung oft wesentlich erleichtert.

Eine Querlage kann durch die Haltung nach A. F. A. King (Abb. IV) oft in eine Gradlage verwandelt werden. Kann die Frau nicht



Abb. VI.

mehr aufstehen, so versuche man die Korrektur durch entsprechende Seitenlage und Beugung des Beines, während das andere gestreckt oder wie bei Walcher überstreckt wird.

Die Anwendung der Hypophysenpräparate darf nur dann erfolgen, wenn man bei Ansteigen der kindlichen Herztöne über 140 sofort

die Zange anwenden kann. Sie wirken glänzend nur in der Austreibungsperiode. Bei hohem Blutdruck und Herzfehler sind sie kontraindiziert und durch Chinin zu ersetzen.

Operationslagerung im Privathaus. (Abb. V.) Das um den Tisch geschlungene Leintuch zieht die Beine auseinander und ist an der Innenseite der Knie an dem um den Nacken geschlungenen Tuch angeknotet.

Um beide Hände frei zu haben, verwende man ein selbsthaltendes Spekulum (Gewichtszug). Auch die beiden die Portio fassenden Kugelzangen sind zu einem Instrument vereinigt, das ebenfalls durch Gewichtszug bauchwärts festgehalten wird.

Zum Transport einer Placenta praevia verwende man keine Tamponade, sondern binde die gestreckten Beine fest aneinander mittels eines in der Höhe der Trochanteren festgebundenen Tuches (Blutstillung infolge allseitiger Kompression). (Abb. VI.)

Die manuelle Plazentalösung hat auch beim Geübtesten 5% Mortalität. Sie ist daher möglichst zu meiden. Steht die Blutung auf Massage, so warte man geduldig zwei Stunden, dann versuche man nach Katheterisieren die Expression nach Credé auf der Höhe einer Wehe, eventuell wiederholt in Narkose! Nach Credé eine halbe Stunde warten. Erst dann bleibt nur die manuelle Lösung, wobei die Plazenta nicht früher herausbefördert werden darf, bis sicher alles gelöst ist. Danach nochmals Eingehen zur Kontrolle.

Ein bewährtes Verfahren bei atonischen Blutungen: Ein in ein Handtuch gewickeltes Bügeleisen wird so hinter die Gebärmutter gelagert, daß die Platte hinter dem Fundus liegt und der Bügel gegen den Fundus drückt. (Eventuell auch Sandsack.) Nachdem man das Tuch seitlich fest geknotet hat, zieht man es durch je ein seitlich durchgeschlungenes, bei gebeugten Hüften über die Leistenbeugen führendes Tuch nach unten, welcher Zug beim Strecken der noch fest aneinander gebundenen Oberschenkel noch verstärkt wird. (Abb. VI.) Außerdem Sekale, Eisblase, eventuell Tröpfcheneinlauf, Infusionen, Tieflagerung des Kopfes. Jedoch keine Naht und keine Tamponade! Keinerlei Flüssigkeit per os (sonst Erbrechen!). (M. m. W. Nr. 5 bis 6, 1925.)

Soor der Vulva

ist schon öfters beschrieben worden, scheint aber nicht häufig zu sein. Er kommt häufiger im Sommer vor, bevorzugt Gravide und Diabeteskranke. Benedek (Leipzig) berichtet über einen interessanten Fall: 28jährige Ehefrau klagt über seit einem Jahre bestehendes, in den letzten zwei Monaten verstärkt auftretendes Jucken und Brennen am äußeren Genitale mit unangenehmer Steigerung der Libido. Von anderer Seite verordnete Spülungen haben nichts geholfen. Vulva trocken, graulichrot, gegen den Introitus zu mehr graulichweiß gefärbt. Wenig zähes, milchiges Sekret mit kleinen Krümchen. Von der Vulva lassen sich ganz kleine weißlich-graue Häutchen abziehen. Die Vaginalschleimhaut zeigt im Spekulum zahlreiche ein- bis fünfzigpfennigstückgroße, grauweiß belegte Herde, die sich mit einer Öse oder einem Tupfer abwischen lassen. Daneben ist die Schleimhaut gerötet, nicht blutend. Mikroskopische Untersuchung ergibt den Soorpilz (Oidium albicans), der sich auf Agar-Agar leicht kultivieren läßt. Im Urin Zucker positiv. Therapie: Resorzin-Schwefel-Zinkpaste (Resorzin 3%, Sulfur. praecipitat. 5%, Lanolin, Vaselin ana) für die Vulva; die Vagina wird in Zwischenräumen von einigen Tagen mit 10% Ag. nitr. gründlich ausgewischt. Prompte Heilung. — Der Ehe-

gatte wies die gleiche Erkrankung am inneren Präputialblatt auf, die nur lästiges Brennen und Jucken verursachte und nach zweitägiger Anwendung von 2% Resorzinsalbe schwand. — Ursache der Erkrankung war sicher das von der Frau bei Spülungen verwendete Mutterrohr, das sie in einem feuchten Tuch eingewickelt aufzubewahren pflegte. Die Soorsporen, die besonders im Sommer als Luftsporen reichlich zu finden sind, hatten hier die beste Brutstätte, gelangten so in die Vagina und infizierten später auch den Ehegatten. (Derm. Wschr. Nr. 12, 1925.)

Pädiatrie.

Die chronische Bakteriurie weiblicher Säuglinge

und junger Mädchen ist nicht selten und wird oft verkannt. Meist fehlt dabei eitrige Zystitis; es besteht reine Bakteriurie, das heißt der Harn zeigt eine diffuse, staubförmige Trübung, welche aus massenhaften in ihm wachsenden Kolibakterien besteht. Eiter fehlt oft ganz oder findet sich nur in mikroskopischen Spuren; die üblichen Eiweißproben fallen negativ aus. Oft bestehen keine oder nur ganz geringe subjektive Urinbeschwerden. Eine gewisse vermehrte Häufigkeit des Urinlassens läßt sich bei Säuglingen nicht konstatieren, bei drei- bis vierjährigen Kindern nur bei sorgfältigster Beobachtung. Nicht allzu selten sind derartige Zustände schuld daran, daß die Kinder bettnässen oder tagsüber die Wäsche beschmutzen. Das Krankheitsbild ist aber nicht immer so harmlos. Manchmal treten schwere fieberhafte Pyelitisanfälle hinzu mit Schmerzhaftigkeit einer oder beider Nieren. In anderen Fällen zeigt sich Fieber ohne lokale Symptome, das der Diagnose Schwierigkeiten bereitet. Voelcker (Chir. Univ.-Klinik, Halle) fand, daß solche kleine Mädchen mit Kolibakteriurie stets reichliches Vaginalsekret haben, welches urinös riecht, alkalisch reagiert und massenhaft Kolibakterien enthält. Es scheint da ein Circulus vitiosus zu bestehen: von einer ursprünglichen vielleicht leichten Kolizystitis gelangen die Bakterien in die Vagina und infizieren von dort aus immer wieder von neuem durch die Urethra die Blase. Mit einem in die Scheide eingeführten Katheter kann man bei solchen Kindern leicht 1 cm³ infizierten Vaginalsekretes aspirieren. Wegen der alkalischen Reaktion des Scheideninhaltes versuchte Verfasser daher Spülungen mit einer Säure, und zwar mit essigsaurer Tonerde von etwa 1% Konzentration. Ein ganz dünner Nelatonkatheter wird in die Scheide eingeführt und 5 bis 10 cm³ der 1%igen essigsauren Tonerdelösung eingespritzt. Diese Tonerdelösung muß jedesmal vor Gebrauch durch Verdünnung einer 8%igen Stammlösung frisch bereitet werden. Die täglich einmal zu wiederholende Prozedur ist einfach und schmerzlos. Schon nach einigen Tagen wird der Urin klar. Nun gibt man der Mutter den Rat, noch weiterhin einmal täglich das Kind mit gespreizten Beinen auf eine Bettschüssel zu setzen und mit einem kleinen Kännchen das Genitale mit essigsaurer Tonerde zu berieseln. (D. m. W. Nr. 8, 1925.)

Zur Frage der aktiven Schutzimpfung gegen Diphtherie.

Von Prof. R. Kraus (Wien).

In einem Säuglingsheim in Baden bei Wien sind infolge von Injektionen eines Toxin-Antitoxingemisches zum Zwecke aktiven Schutzes sechs Säuglinge gestorben. Dieser traurige Vorfall wurde in der Fachpresse bisher nicht erörtert. Die aktive Immunisierung mittels Toxin (zur

Erzeugung einer antitoxischen Immunität) wurde von Behring angegeben, wobei er beim Menschen das injizierte Toxin teilweise mit Antitoxin neutralisierte (unterneutralisiertes Gemisch). Seine passive Schutzimpfung mit Diphtherieserum erwies sich zwar international als überaus wertvoll, verleiht aber einen nur kurz dauernden Schutz. (Zwei bis drei Wochen.) Nach der aktiven Methode ist die Schicksche Diphtheriereaktion noch nach einem Jahre negativ; sie hat sich namentlich in Nordamerika (Park und Zingher) vielfach bewährt. Später wurden vollneutralisierte und überneutralisierte Gemische (Löwenstein) angegeben. Wie oben angeführt, können aber die Toxin-Antitoxingemische u. U. ihre Bindung verlieren (dissoziieren), z. B. schon nach minimaler Säureeinwirkung, und dann toxisch wirken. Sachs konnte auch mit Alkali in neutralisierten Kobragift-Antitoxingemischen hämolytische Wirkungen beschreiben. Ebenso können neutrale Gemische durch Einfrieren und Wiederauftauen toxisch werden. Es sind also chemische und thermische Einflüsse imstande, das Antitoxin soweit zu schädigen, daß das Toxin frei wird und zur vollen Giftwirkung gelangt. Auch im Organismus dürfte die aktive Immunisierung nur so zustande kommen, daß das Gemisch langsam dissoziiert und die kleinen abgespaltenen Toxinmengen zur Antitoxinproduktion führen. Die Dissoziierung der Gemische durch die genannten Einflüsse wird durch ihre Verdünnung erleichtert. Auch in den Badener Fällen erwies sich die Stammlösung als neutral, während vermutlich die Verdünnungen dissoziiert waren.

Für die Allgemeinpraxis kann aber nur jenes Verfahren in Betracht kommen, bei welchem Schädigungen ausgeschlossen sind. Es gelingt z. B. mit Formalin Tetanus- und Diphtherietoxin vollkommen zu entgiften und sogenannte Toxoide zu erzeugen, mit welchen es bald möglich sein dürfte, völlig gefahrlos aktiv zu immunisieren. (M. Kl. Nr. 50, 1924.)

Über Intertrigo und Erythrodermia desquamativa.

Von Prof. K. Blühdorn und H. Völckers (Univ.-Kinderklinik, Göttingen).

Wundsein der Leisten- und Gesäßgegend ist beim Säugling erklärlicherweise häufig. Manchmal ist dasselbe stark nässend und breitet sich mehr oder weniger über Schenkel, Bauch und Rücken aus. Als Pseudolues bekannt ist das bei exsudativer Diathese häufige aus nässenden Papeln bestehende Analekzem. In den ersten Lebensmonaten breitet sich die Intertrigo manchmal über die ganze Körperoberfläche aus, wobei die entzündete Haut teils näßt, teils sich stark abschuppt und der Kopf von einem seborrhoischen Ekzem bedeckt ist. Man spricht dann von Erythrodermia desquamativa. Allgemeinbefinden und Immunität solcher Säuglinge — meist Brustkinder — sind entsprechend gestört, es treten oft Durchfälle, Anämie und Ödeme auf, die Mortalität ist hoch.

Therapie. Die Ernährung mit Frauenmilch muß fortgesetzt werden. Notfalls Buttermilch oder Eiweißmilch, die mit Mehl und Nährzucker angereichert werden können. Als Zugaben Plasmon, Lebertran (ein bis zwei Teelöffel), Zitronensaft (30 cm³). Hefepräparate (täglich sechs Tabletten Neuracen o. dgl.). Gegen die Durchfälle Calcium carbonicum. Die nässenden Hautstellen werden einmal täglich mit 1 bis 2%iger Lapislösung betupft und dann stark eingepudert; sind sie abgetrocknet und schuppend, so reibt man jeden zweiten Tag Rp: Lanolin 70.0, Paraffin. liquid. 100.0 ein, an den Zwischentagen reichlich Puder. Ausgedehnte Verbände sind gefährlich. Ein- bis zweimal wöchentlich ein Tanninbad (20 g Acid. tannic. auf ein Säuglingsbad). Innerlich 0.3 bis 0.6 bis 1.0 g Urotro-

pin pro die. In schweren Fällen wiederholt frisch entnommenes Venenblut (2 bis 5 cm³) muskulär. Eventuell intraperitoneale Blutinfusion. (Beiheft z. M. Kl., 1924. Verlag Urban & Schwarzenberg.)

Die Kinderdosis der gebräuchlichsten Heilmittel in der Tropenmedizin.

Nach E. G. Nauck gibt man das Oleum chenopodii bei Ascaridiasis und Ankylostoma (Diagnose sichergestellt!) zu zweimal so viel Tropfen als das Kind Jahre alt ist (maximal zehn Tropfen) pro dosi. Eventuelle Wiederholung nicht vor zehn Tagen. Bei Ankylostoma, Cestoden und Oxyuren Thymol im Alter von 5 bis 9 Jahren 1.0 pro die, 10 bis 14 Jahren 2.0, 15 bis 19 Jahren 3.0, eingeteilt in vier Dosen alle Stunden oder zwei Dosen alle zwei Stunden. Am wirksamsten gegen Ankylostomiasis ist der Tetrachlorkohlenstoff, 0.2 cm³ pro Lebensjahr, Erwachsenen 3 bis 4 cm³ in Gelatinekapseln oder Wasser (aufsteigende Dämpfe nicht einatmen!). Extr. filicis maris und Filmaron sind für die Tropen nicht geeignet. — Gegen Bandwürmer gibt man am besten 60 bis 100 geschälte Kürbiskerne mit Zucker zerstoßen, oder Abkochungen von Granatrinde (50 bis 60 g in 1200 cm³ Wasser 24 Stunden stehen lassen, zehn Minuten kochen, filtrieren und auf 1 l Wasser nachfüllen) 10 bis 50 g pro dosi. — Bei Trypanosomiasis und Leishmaniosen Tartarus stibiatus, 0.02 pro dosi und mehr (älteren Kindern 0.01 venös), oder das Antimonpräparat Stibenyl (Heyden), Kindern unter zwei Jahren 0.03 steigend bis 0.1 muskulär, jeden zweiten bis dritten Tag. Bei Amöbendysenterie, Bilharzia, Lungenegel, Guineawurm Emetinum hydrochlor., beginnend mit 0.05, steigend auf 0.1 bis 0.5, nicht länger als durch acht bis zehn Tage (Kumulation!). — Neosalvarsan 0.15 bis 0.2 pro dosi. — Chaulmoograöl (bei Lepra) beginnend mit drei Tropfen in Milch, langsam ansteigen. — Pestserum 30 bis 50 cm³ je zur Hälfte venös und subkutan; in den nächsten drei Tagen alle 12 bis 14 Stunden wiederholen. — Bei bazillärer Ruhr Ruhrserum 10 bis 20 cm³ subkutan oder muskulär, wiederholt (bei Kindern unter zwei Jahren 30 bis 50 cm³ im Verlauf von vier Tagen). — Bei Cholera Kochsalzinfusionen, 250 bis 300 cm³ pro dosi, venös und subkutan. (Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg., S. 280, Bd. 28, 1924.)

Zur operativen Behandlung des Krupps.

Prof. F. Reiche lehnt auf Grund vieljähriger Erfahrung im Allgem. Krankenhaus Hamburg-Barmeck die konservative Methode Schloßmanns (siehe „Ars Medici“ 1925, S. 23) entschieden ab. In allen Fällen von bedrohlicher Stenose bleibt die Tracheotomie oder Intubation unbedingt indiziert und ist selbst bei absteigender Diphtherie häufig lebensrettend. Jede zu lange hinausgeschobene oder gar unterbliebene Tracheotomie ist ein nicht zu rechtfertigendes Versäumnis. (M. Kl. Nr. 7, 1925.)

Längenwachstum der Säuglinge und die Jahreszeiten.

Sorgfältige Beobachtungen von Frank (Kinderklinik, Jena) ergeben, daß ein Wachstumsgipfel im Mai—Juni eintritt, dann folgt ein steiler Abfall der Kurve und ein allmählicher Wiederanstieg mit einem zweiten Wachstumsgipfel im Oktober—November. Die Beeinflussung durch klimatische Faktoren ist nicht sicher erwiesen. Wahrscheinlich spielen die Belichtung und die Vitaminzufuhr eine Rolle und wirken auf dem Wege über die innersekretorischen Organe auf das Wachstum ein. (Arch. f. Kinderhk., Bd. 75, H. 1.)

Otitis media — Therapie.

Prof. L. F. Mayer und E. Nassau (Berlin) raten bei Säuglingen zu äußerster Zurückhaltung mit der Parazentese. Die Perforation erfolgt meist spontan. Die Parazentese mißlingt sehr häufig wegen der technischen Schwierigkeiten. Auch führt sie beim Säugling nur selten zur Besserung. Weitaus besser ist, die Schmerzen durch Einträufeln von 5% Karbol-Glyzerin oder Otalgan und durch Umschläge vor und hinter der Ohrmuschel zu lindern. Kommt es zur Perforation, so reinige man das Ohr eventuell stündlich durch Einträufeln von 3% H_2O_2; hierauf trockentupfen. (Die Ther. d. Gegenw., H. 1 bis 2, 1925.)

Als einfache Oxyurenbehandlung

empfiehlt F. H. Lorentz (Hygien. Staats-Inst., Hamburg) zunächst regelmäßig abends Wasserklysmen, da sie sofort den Juckreiz beseitigen. In den am Analring haftenden Kotteilchen finden sich immer massenhaft Oxyureneier. Die herausschlüpfenden, kleinsten (dem bloßen Auge noch nicht sichtbaren) Würmchen verursachen den Juckreiz. Es genügt auch, wenn man regelmäßig nach jedem Stuhlgang die ganze Aftergegend und den Analring gründlich auswäscht. Schon nach 8 bis 14 Tagen schwinden die Würmer und bleiben dauernd fort, wenn man diese Analtoilette regelmäßig fortsetzt. Die Wasserklysmen sind nur in den ersten Tagen notwendig, wenn abends noch Juckreiz auftritt. Nach der Waschung soll der Anus der allmählichen Selbsttrocknung überlassen bleiben. (M. Kl. Nr. 3, 1925.)

Rhinitis gonorrhoica beim Neugeborenen.

Während beim Erwachsenen eine gonorrhoische Rhinitis nur äußerst selten beobachtet wird, kommt sie bei Neugeborenen und Säuglingen nach vielen Autoren öfters vor. Framm (Univ.-Frauenklinik, Hamburg) beschreibt einen solchen Fall. Nach der Geburt wurde die Augenprophylaxe in der üblichen Weise mit 5% Sophol vorgenommen. Am siebenten Tage nach der Geburt zeigte sich bei dem Neugeborenen schleimiger Schnupfen, am nächsten Tage Nasenbluten, dann reichlich eitriges Sekret, in dem mikroskopisch und kulturell Gonokokken nachgewiesen wurden. WaR bei Mutter und Kind negativ. Im Vaginalsekret der Mutter reichlich Gonokokken. Von der Nase ging dann die Blennorrhoe auch auf die Konjunktiven über. Nach drei Wochen waren die Nasen- und Augenblennorrhoe geheilt, und es stellte sich eine gonorrhoische Schwellung des rechten Kniegelenkes ein. — Es handelte sich also in diesem Falle um eine primäre Rhinitis gonorrhoica, die dann auf die Konjunktiven übergriff, während in anderen Fällen die Blennorrhoe von den Konjunktiven auf die Nase verschleppt wird. Differentialdiagnostisch kommt vor allem Lues in Betracht, doch entscheiden leicht einerseits die bakteriologische Untersuchung des Sekrets und eine eventuelle Ausbreitung auf die Konjunktiven oder auf das Mittelohr, welche Umstände für Gonorrhoe sprechen, anderseits das Auftreten sonstiger Symptome von Lues hereditaria. Jedenfalls muß man bei vermehrter Sekretion aus der Nase Neugeborener nicht nur an Diphtherie und Syphilis, sondern auch an die Möglichkeit einer gonorrhoischen Rhinitis denken und das Sekret auf Gonokokken untersuchen. — Da normalerweise im Nasen- und Rachensekret der Meningokokkus und der Micrococcus catarrhalis vorkommen, welche im Gram-Präparat dem Gonokokkus sehr ähneln, ist womöglich immer die kulturelle Untersuchung des Sekrets anzustreben.

Therapie. Wegen der Gefahr einer Infektion des Ohres wird vor Spülungen gewarnt. Zu empfehlen sind nach vorsichtiger Reinigung, wobei man sich nach Denker eines Sprays mit physiologischer Kochsalzlösung oder 3% Borsäurelösung bedienen kann, Einträufelungen oder Bepinselungen mit desinfizierenden Mitteln (½ bis 1% Protargol-, Sophol- oder Argentumlösungen). Besonders aber ist die Übertragung auf Augen und Ohren hintanzuhalten. Denn die Rhinitis gonorrhoica ist an sich keine schwere Erkrankung, und die Gefahr besteht nur in dem möglichen Übergreifen auf Konjunktiven und Mittelohr. Die Arme des Kindes sind daher festzubinden oder zu schienen und die unmittelbar nach der Geburt vorgenommenen prophylaktischen Einträufelungen der Konjunktiven später zu wiederholen. (D. m. W. Nr. 12, 1925.)

Ruhr bei Säuglingen und Kleinkindern

ist nach Prof. Blühdorn und Völckers (Univ.-Kinderklinik, Göttingen) nicht selten, wird aber leicht übersehen. Man sollte stets bei häufigen, schleimig-gallertigen Stühlen an Ruhr denken. Bei blutig-eitrigen Stühlen ist auch Paratyphus in Betracht zu ziehen, während rein blutige Stühle mit raschem Verfall stets den Verdacht einer Invagination erwecken müssen. Alkalische Reaktion des Stuhls auf Lackmuspapier stützt den Ruhrverdacht. Der bakteriologische und serologische Nachweis gelingt in der Praxis nur selten. Wir müssen uns also an die klinischen Symptome halten: Zahlreiche (20 bis 30 und mehr), meist wenig charakteristische, schmerzhafte Stühle, Tenesmen, Koliken, Fieber. Schwere Fälle können zu alimentärer Intoxikation führen oder von vornherein mit toxischen Symptomen (Benommenheit, Krämpfen) beginnen. Larvierte Formen beginnen mit diätetisch unbeeinflußbarer Dyspesie; erst später treten mit trübem Schleim gemengte oder schleimig-eitrige Stühle auf.

Therapie: Bei toxischen Symptomen Magenspülung und Eingießung von 150 bis 200 cm³ Mineralbrunnen, sowie Darmspülung mit Bolus alba. Nach Teepause von 12 bis 24 Stunden Beginn mit kleinsten Nahrungsmengen, am besten Muttermilch, alle ein bis zwei Stunden zunächst 5 bis 10 g, vorsichtig steigern, wobei man sich aber nicht nach der Zahl der Stühle, sondern nach dem Befinden des Kindes zu richten hat. Muß man künstlich ernähren, so gibt man Buttermilch mit 2 bis 3% Nährzucker, in unkomplizierten Fällen je nach dem Alter 200 bis 350 g pro die auf fünf bis sechs Mahlzeiten verteilt, täglich um 100 g bis zur Höchstmenge von ein Sechstel bis ein Fünftel des Körpergewichtes ansteigend. Daneben ausgiebige Deckung des Flüssigkeitsbedarfes, eventuell rektal oder subkutan. Ist der Säugling älter als sechs Monate, so gibt man vom dritten bis vierten Behandlungstage ab als Mittagsmahlzeit eine entsprechende Menge Schleim mit Brühe, die dann bald durch eine Griesbrühe ersetzt wird.

Bei älteren Säuglingen ohne Intoxikation kann man auch die Molke verwenden (½ l rohe Vollmilch wird mit einem halben bis einem Teelöffel Labessenz versetzt und auf 40° erwärmt, worauf sie gerinnt. Beim Durchseihen durch ein Tuch tropft die Molke ab). Je nach dem Alter gibt man fünfmal 80 bis 100 g halb Molke, halb Haferschleim und steigt täglich um 100 g der Mischung. Bald Ersatz einer Mittagsmahlzeit durch Schleim mit Brühe. Hat man 200 g pro Mahlzeit erreicht, so wird schrittweise die Molke durch 50 bis 100 g Vollmilch täglich ersetzt.

Bei Kindern über zwölf Monate kann mit der Malzsuppe oder mit Dubo (17% Zucker-Vollmilch) rasche Heilung erzielt werden. (Beginn mit 350 bis 400 g für fünf bis sechs Mahlzeiten, täglich um 100 g steigen.)

Medikamentös kommen eventuell Herzmittel und bei starken Tenesmen Suppositorien in Betracht. Die Serumtherapie hat keine sicheren Erfolge aufzuweisen; kennt man den Erreger nicht, so injiziert man eventuell durch einige Tage je 10 cm³ polyvalentes Ruhrserum intramuskulär. (Beiheft zur M. Kl. 1924. Verlag Urban & Schwarzenberg.)

Zur Behandlung der Säuglingslues.

Man muß nach Blühdorn und Völckers vor allem das Allgemeinbefinden des Säuglings berücksichtigen. Bei sehr heruntergekommenen Kindern darf man nicht mit energischen Kuren beginnen, sondern gebe zunächst — unter sorgsamster Pflege und Ernährung am besten mit Frauenmilch — Hg innerlich nach folgendem Rp: Hydrargyr. jod. flav. 0.01, Sacch. lact. 0.4. M. D. S. Zweimal täglich ein halbes bis ein ganzes Pulver. Erst nach Besserung des Allgemeinbefindens kann man zur kombinierten Hg-Salvarsankur übergehen. Zu Hg-Kuren verwende man die graue Salbe in graduierten Tuben (Rp: Ungt. hydrarg. cum resorbin. parat., eine Originaltube) oder man injiziert Sublimat (Rp: Hydrarg. bichlorat. 0.1, Natr. chlorat. 0.2, Aqu. ad 10.0. M. D. S. Ein bis zwei Teilstriche à 0.1 ein- bis zweimal wöchentlich intraglutäal) oder Kalomel, 0.001 pro Kilogramm Körpergewicht, bei einem 3 kg schweren Säugling somit einen Teilstrich von Rp: Calomel 0.3, Ol. oliv. optim. ad 10.0. (Beiheft zur M. Kl., 1924.)

Zur Bekämpfung der Verlausung der Schulkinder

empfiehlt Hillenberg (Halle) warm das von Schnell angegebene Verfahren: Es wird eine Lage Zellstoff über das aufgelockerte Haar gelegt und dann werden auf den Zellstoff etwa 10 cm³ Essigäther gegossen; darüber kommt eine luftdicht schließende Kappe; besonders geeignet sind die gewöhnlichen Gummibadekappen. Innerhalb einer halben Stunde sind sowohl Läuse wie Nisse durch die sich entwickelnden Ätherdämpfe abgetötet. Vorsichtshalber ist der Gehörgang vorher mit Watte zu verschließen und die Kinder sind anzuhalten, sich während der Prozedur möglichst wenig zu bewegen, da sonst der Äther auf die Stirn fließen und hier Rötung und Brennen erzeugen könnte. (Ztschr. f. M.-Beamte Nr. 8, 1924.)

Haut- und venerische Krankheiten.

Dermatosen — Proteinkörpertherapie.

Nach Prof. O. Kren (Wien) kann bei schwer beeinflußbaren Dermatosen ein Versuch mit Proteinkörpertherapie, am einfachsten abgekochte Milch glutäal, zweitägig in steigenden Dosen von 2 bis 12 cm³ (Fieberreaktionen wünschenswert, stets abklingen lassen) überraschend erfolgreich sein. Dies gilt insbesondere für frische, exsudative Fälle von Lichen ruber planus, während bei chronischen, trockenen Formen die Kombination mit Arsen am raschesten zur Heilung führt. Auch bei Psoriasis, chronischen Ekzemen, Urtikaria, Trichophytien, Pyodermien, Pemphigus, Pruritus, Dermatitis herpetiformis und anderem wird Proteinkörpertherapie empfohlen. (W. m. W. Nr. 6, 1925.)

Gonorrhoe — Autovakzine.

Kropp berichtet über die Erfahrungen an der Bonner Hautklinik. In den käuflichen polyvalenten Gonokokkenvakzinen (Arthigon, Gonargin usw.) fallen die Gonokokkenleiber nach einiger Zeit der Zersetzung an-

heim, und es ist daher der Zufall maßgebend, ob die betreffende Vakzine noch wirksam ist. Versagt solche Vakzine, so sollte stets Autovakzine versucht werden, das heißt frisch bereitete Vakzine aus den Gonokokken des Patienten selbst. Ein praktisches Verfahren zur Gonokokkenzüchtung stellt der Levinthalsche Kochblutagar dar, über den Strempel in der D. m. W. Nr. 46, 1924 berichtet hat. Zur Vakzinebereitung werden die Gonokokken in der üblichen Weise abgeschwemmt. Unter Verzicht auf die mühselige Auszählung wird der Keimgehalt am besten durch Vergleich mit hergestellten Standardlösungen bestimmt und lediglich durch Transparenz festgelegt. Nur die Komplikationen der Gonorrhoe eignen sich für die Autovakzinebehandlung, nicht die Urethritis gonorrhoica anterior, denn die Heilung setzt spezifische Reaktion des gonorrhoischen Gewebes voraus. Da bei Autovakzinebehandlung mit starken Fieberreaktionen zu rechnen ist, injiziert man besser muskulär. Man beginnt mit 50 Millionen Keimen und steigt in Abständen von vier bis fünf Tagen bis zu 300 bis 600 Millionen Keimen, in klinisch schwer erscheinenden Fällen beginnt man besser sogar nur mit 20 bis 26 Millionen Keimen. So hohe Dosen (1000 bis 1200 Millionen Keime) wie bei den käuflichen Vakzinen braucht man bei der Autovakzine nie. Die Autovakzinebehandlung soll stets durch gleichzeitige sorgsame Lokaltherapie unterstützt werden. — Wo Autovakzine nicht zur Verfügung steht, soll wenigstens Frischvakzine (aus mehreren Stämmen frisch hergestellte polyvalente Vakzine) versucht werden. (Derm. Wschr. Nr. 8, 1925.)

Die künstliche Höhensonne in der Dermatologie.

Nicht zu vorsichtig dosierte allgemeine Bestrahlungen mit lokalen Erythemdosen ergeben nach Prof. G. Scherber (Wien) gute, oft überraschende Resultate bei Lichen ruber planus (gleichzeitig Arsen) und acuminatus, ebenso unter Arsenkombination bei Pemphigus vulgaris (manchmal lebensrettend!) und Dermatitis herpetiformis (Duhring); ferner Pityriasis lichenoides chronica, Prurigo, Lichen urticatus, Erysipel (Randerytheme zweckmäßig; gleichzeitig Pinselungen mit 10% Lapis). Bei Perniones sind die Bestrahlungen lange Zeit, auch im Sommer, fortzusetzen. Bei den verschiedenen Alopezien (nicht selten nach längerem Gebrauch von Shampoonpräparaten!) ist die Kombination mit Arsen oder Humagsolan zweckmäßig. Bei Sklerodermien kombiniere man eventuell mit Massage und Heißluft. Torpide Ulcera (namentlich Ulcus cruris) werden rasch gereinigt und ihre Granulation angeregt (auch hier Pinselungen mit 10% Lapis während der Bestrahlung zweckmäßig — Schwarzfärbung durch Ausfall metallischen Silbers — Ref.). Von den Tbc.-Formen der Haut werden namentlich das Erythema indurativum Bazin und die papulonekrotischen Tuberkulide gut beeinflußt. Selbst ein Fall von Mykosis fungoides konnte vom Autor durch kombinierte Quarz-Röntgenbestrahlungen (in entsprechenden Intervallen) gerettet werden. (Im Original genau beschrieben.) (W. m. W. Nr. 6, 1925.)

Lupus — Angiolymphe.

Schon der Erfinder der Angiolymphe, Rous in Paris, hatte über Heilungen des Lupus berichtet, ebenso später Paranyi (Raab), Rosner (Wien) und Walkowski (Posen). Neuerdings teilt L. König (Charlottenburg) folgenden Fall mit: Ein seit zwei Jahren bestehender Lupus vulgaris der rechten und ein seit eineinhalb Jahren bestehender Lupus exulcerans der linken Wange bei einem 20jährigen Mädchen wird mit drei

Serien von intramuskulären Angiolympheinjektionen (zu 2 und 4 cm³) neben lokalen Angiolympheumschlägen behandelt. Am 40. Tage der Behandlung sind sämtliche Knötchen der rechten Seite (Spateldruckphänomen) verschwunden; links ist die Abheilung ohne Hinterlassung einer Narbe beendet. (Derm. Wschr. Nr. 12, 1925.)

Die Behandlung der Pyodermien.

Prof. O. Kren (Wien) empfiehlt zunächst Beseitigung der aufgelagerten Schuppen, Krusten oder Blasendecken durch Mazeration, bzw. mit der Pinzette. Namentlich müssen Blasenrandnischen sorgfältig entfernt werden, wo wegen der zahlreichen hier nistenden Bakterien die Progredienz erfolgt (z. B. bei der Impetigo contagiosa). Kleinere Hautflächen werden hierauf mit Wilkinsonsalbe oder 5 bis 10% Schwefel-, Salizyl- oder 3 bis 5% Resorzinpaste geschält. Bei akuten Eiterungen ist wegen der Propagationsgefahr das Einstreichen von Salben in die Haut zu meiden, statt dessen 5% Salizylalkohol und Puderverband anzuwenden. Pflaster- oder feuchte Verbände fördern nur die Infektion. Oft wirken häufige heiße Seifenwaschungen (bei Furunkulose 1% heiße Seifenbäder) ausgezeichnet desinfizierend. (W. kl. W. Nr. 5, 1925.)

Das Stovarsol in der Behandlung der Syphilis.

Luerssen prüfte an der Königsberger Univ.-Hautklinik das bekanntlich oral zu verabreichende Stovarsol (bzw. das entsprechende deutsche Präparat „Spirocid“, vgl. „Ars Medici“ 1924, Seite 334) zur Behandlung der Lues aller drei Stadien. Die Spirochäten verschwanden nach 3 bis 96 Stunden der Behandlung (viermal täglich 0.25 g Stovarsol); das spricht jedenfalls dafür, daß das Mittel ein recht wirksames Antisyphilitikum ist. Aber hinter dem Salvarsan bleibt es doch an Wirksamkeit stark zurück und ist vor allem nicht frei von Nebenwirkungen. Besonders wurde Fieber bis 40°, Übelkeit und Magen-Darmbeschwerden und Dermatitis beobachtet. Das sind wohl sicher Zeichen einer Arsenintoxikation; man muß ja bedenken, daß täglich vier Tabletten Stovarsol verabfolgt werden, die ebensoviel Arsen enthalten wie 1 g Alt- oder 1.5 g Neosalvarsan, wenn Stovarsol auch per os, Salvarsan aber intravenös verabfolgt wird. Zwar schwanden die bisher beobachteten Nebenwirkungen alle glatt und schnell nach dem Aussetzen des Mittels, aber wir haben noch zu wenig Erfahrungen mit dem Stovarsol, um schwere Folgen ausschließen zu können. Ebenso läßt sich noch nichts über die Dauerwirkung aussagen. Die Gleichmäßigkeit und Schnelligkeit der Resorption vom Darm aus ist wohl auch viel schwerer abzuschätzen als bei der venösen Einverleibung des Salvarsans. Aus allen diesen Gründen ist der Praktiker vorläufig noch vor der Verordnung der bequemeren Stovarsolkur an Stelle der Salvarsankur zu warnen. In Betracht kommt das Stovarsol aber jetzt schon bei schlechter Verträglichkeit des Salvarsans, bei sehr schlechten Venen oder bei salvarsanresistenten Luesfällen. — Neben Stovarsol ist natürlich Hg oder Wismut anzuwenden. (Klin. Wschr. Nr. 15, 1925.)

Suprarenin in der Dermatologie — neue Indikationen.

Prof. Unna hat wiederholt S. bei Hautkrankheiten empfohlen. Er machte darauf aufmerksam („Ars Medici“ 1922, Seite 406), daß das S. bei oraler Verabreichung oxydiert und unwirksam wird, aber bei Zugabe eines umhüllenden reduzierenden Vehikels wirksam bleibt, z. B. in der Verordnung: Rp: Solutionis Suprarenini (1:1000) 5, Sirup. liquirit. ad 50. Signa: Ein- bis dreistündlich einen Teelöffel. — Oder: Rp: Solut. Suprarenini

hydrochlor. (1:1000) 10, Sirup. Aurantii Corticis ad 100. Signa: Zweistündlich einen Teelöffel. — Unna empfahl die innere Darreichung bei Urtikaria, Lichen urticatus der Kinder, Frost, Herpes zoster, Varizen und Quinckeschem Ödem, die Applikation von S. in Salben- oder Pastenform bei Ekzemen und Acne rosacea.

Holländer (Klinik Prof. Unna in Hamburg) fügt zwei weitere Indikationen hinzu: das nässende Ekzem und die Pityriasis rubra Hebrae, bei denen er vortreffliche Resultate erzielte. Für die Suprareninzufuhr beim nässenden Ekzem empfiehlt er folgenden Heilplan: Zu Beginn täglich eine subkutane Injektion von 1 cm³ Solut. Suprarenini hydrochlor. (1:1000); im ganzen etwa vier bis fünf Injektionen. Danach chronischer Gebrauch (sechs bis acht Wochen lang) des Unnaschen Suprareninsirups: Solut. Suprarenini hydrochlor. (1:1000) 10, Sirup. Aurantii Corticis ad 100. Signa: Zweistündlich einen Teelöffel. — Daneben lokal milde Medikamente, z. B. Pasta Zinci mollis Unna oder folgende Schüttelmixtur: Rp: Boracis 1, Zinci oxydat., Talci veneti, Glycerini puri ana 20, Aquae plumbi ad 100.

Die Pityriasis rubra Hebrae trotzt sowie überhaupt alle exfoliativen Erythrodermien meist jeder Therapie, doch hat sich die Suprareninbehandlung hier sehr bewährt. Natürlich ist bei diesem Leiden von Injektionen in die kranke Haut abzusehen, und man gibt von vornherein nur innerlich zweistündlich einen Teelöffel des Suprareninsirups. Auch lokal wendet Verfasser hier das S. an in Form folgender Salbe: Rp: Eucerini anhydr., Vaselini adusti (Schwanenapotheke von Mielck in Hamburg), Eumattan (Hageda in Berlin), Aquae Chamomillae, Unguent. Suprarenini (Solut. Suprarenini hydrochlor [1:1000] 5 bis 15, Resorcini albi subt. pulv. 2, Eucerini anhydr. ad 100) ana partes aequales. — Außerdem täglich zur Beruhigung der Hautnerven ein reduzierendes Tintenbad nach Unna: Solut. acidi tannici 10:200. — Solut. Ferri sulfur. 20:200. — Von beiden Lösungen auf ein Vollbad je 50 bis 100 g. (D. m. W. Nr. 11, 1925.)

Warzen und Kondylome — Immuntherapie.

Die Übertragbarkeit der Warzen ist seit Jadassohns Arbeiten („Ars Medici" 1921, Seite 317) unbestritten. Die Warzen und spitzen Kondylome werden gleich den Mollusca contagiosa in jüngster Zeit zu den „infektiösen benignen Epitheliomen" gezählt. Wahrscheinlich gehören in dieselbe Gruppe die Kehlkopfpapillome und vielleicht sogar die Blasenpapillome. Für die Infektiosität der Warzen wird übrigens ihre günstige Beeinflußbarkeit durch die Luesmittel Arsen und Hg (in Form der Hg-jodat.-flavum-Pillen) als Beweis herangezogen. Auch von Immunitätsvorgängen bei den Warzen hat man schon gelegentlich wegen des Verschwindens von Warzen nach Beseitigung einer oder einzelner gesprochen; in diesem Sinne kann man auch nach Jadassohn die Anordnung kleiner und zumindestens lange Zeit klein bleibender Warzen um eine größere deuten („Verrue mère" und „Verrues filles", analog den corymbiformen Syphiliden). Auf Grund solcher Erwägungen hat Biberstein (Univ.-Hautklinik, Breslau) bei 112 Patienten eine Immuntherapie der Warzen und spitzen Kondylome versucht nach folgendem Verfahren: Reinigung der mit Warzen besetzten Partie mit Alkohol, Äther und physiologischer Kochsalzlösung; subkutane Anästhesierung mit 1% Novokain. Entnahme der Warzen mit dem scharfen Löffel, der Condylomata acuminata durch Abbrennen des Stieles mit dem Flachbrenner. Verreibung im sterilen Mörser mit steriler physiologischer Kochsalzlösung zu einem dünnflüssigen Brei; Autolyse desselben durch 24 Stunden bei Zimmertemperatur, Erhitzung auf 60° durch eine Stunde; Prüfung auf Bakterienfreiheit, Zusatz von Phenol, so daß eine 0.5%ige zur

intrakutanen Injektion gerade noch verwendbare Emulsion entsteht. Diese ist allwöchentlich auf Sterilität nachzuuntersuchen. Von ihr werden zweimal wöchentlich je 0.1 cm³ intrakutan injiziert, was zu keinerlei Reaktionserscheinungen führt. — Die Versuche führten nach etwa sechs bis zehn Injektionen bei 75% der Fälle zu günstigen Erfolgen. Das Verfahren kann daher bei reichlicher Warzenbildung, bei Warzen am behaarten Kopfe, bei reichlichen spitzen Kondylomen und auch bei Kehlkopfpapillomen schon jetzt empfohlen werden. (Klin. Wschr. Nr. 14, 1925.)

Urologie.

Die Behandlung der chronischen Zystitis.

Vor allem ist Tbc. auszuschließen. Blasenspülungen mit 3% Borsäure, Hg. oxycyanat. 1:4000, phys. Na Cl-Lösung o. dgl. wirken vorwiegend mechanisch; man läßt solange je 20 bis 30 cm³ einfließen, bis die Spülflüssigkeit völlig klar herausfließt. Anschließend Instillation von 1:1000 Ag. nitr., eventuell kombiniert mit Alypin, oder von öligen Mitteln (Gomenol, Agoleum usw.), die lange Zeit schmerzfrei in der Blase zurückgehalten werden können. Gleichzeitig Harnantiseptika (Urotropin, Salol, Neohexal, Borovertin, Cylotropin-Schering usw.). Am wirksamsten ist Agoleum lokal und Cylotropin venös. Bei bekanntem Erreger Autovakzine, Koli- bzw. Staphylo-Yatren. In hartnäckigen Fällen Zystoskopie. (Dozent H. G. Pleschner, Wiener Seminarabend, Februar 1925.)

Das Karzinom der Harnblase

sitzt, wie Prof. E. Joseph (Berliner chir. Univ.-Klinik) ausführt, meist am Blasenboden, umwuchert die Ureterostien und greift oft auf den Blaseneingang und die Prostata über. Aus diesen Gründen ergibt die Resektion meist schlechte Resultate (nach Mayo in 80% Rezidive und Exitus in wenigen Monaten) und das einzig Richtige wäre die Totalexstirpation der Blase, in welche die Patienten leider aber meist zu spät einwilligen. In solchen Fällen gelingt es nun häufig, durch folgende intravesikale Methoden einen oft überraschenden Rückgang des Krebses und jahrelange Besserung zu erzielen: Thermo- oder Chemokoagulation unter Leitung des Zystoskops, erstere durch Hochfrequenzströme (Instrument bei Sass, Wolf & Co., Berlin, Bülowstraße 56), letztere mittels konzentrierter Trichloressigsäure, von welcher höchstens 2 cm³ durch den Ureterkatheter unmittelbar auf den Tumor bei Füllung der Blase mit 150 cm³ wasserklaren Paraffins gespritzt werden (deutliche Weißfärbung). Man gibt 2 bis 3 cm³ der trockenen Kristalle in ein Reagenzglas und erhält durch dauerndes Erwärmen und Zusatz von vier bis fünf Tropfen Glyzerin infolge Austritts des Kristallwassers die konzentrierte Säure. Die normale Schleimhaut ist gegen die Säure viel widerstandsfähiger als der Tumor und wird nur leicht gerötet, wenn sie versehentlich von einigen Tropfen getroffen wird. Da die Geschwulstoberfläche sich nach der Säureeinwirkung verhärtet, muß man vor den folgenden Einspritzungen mit der Thermokoagulationssonde einige Löcher hineinbohren. Bei sehr ausgedehnten Geschwülsten kann man ferner die Koagulationswirkung noch dadurch erhöhen, daß man einige Tage vorher eine Röntgenvolldosis verabfolgt.

Hingegen wird die amerikanische Spickmethode mit Radiumnadeln ungünstig beurteilt.

Die Resektion bleibt somit nur auf die nahe dem Blasenscheitel gelegenen Geschwülste reserviert; für die übrigen Fälle ist bei noch gutem Allgemeinbefinden die Totalexstirpation dringend anzuraten. Wird diese abgelehnt, so kann die geschilderte Behandlung jahrelang die Arbeitsfähigkeit restituieren. (M. m. W. Nr. 2, 1925.)

Aus der Praxis.

(Originalarbeiten.)

Irrtümer in der Erkennung und Behandlung des Blasenkatarrhs.

Von Prof. Dr. V. **Blum** (Wien).

Es ist eine beinahe alltägliche Erfahrung in der Sprechstunde des Urologen, Patienten zu sehen, welche durch die nicht berechtigte Angst vor einem Blasenkatarrh seelisch tief deprimiert sind, oder andere Kranke beraten zu müssen, welche viele Wochen lang erfolglos wegen einer Infektion der Blase behandelt worden sind. Die Ursache, warum gerade in diesem Kapitel der Pathologie so häufig diagnostische und therapeutische Irrtümer vorkommen, liegt nicht zuletzt darin, daß die urologischen Krankheiten im Lehrplan unserer medizinischen Schulen so überaus stiefmütterlich behandelt werden. Wenn ich an meine eigene Studienzeit zurückdenke, so muß ich feststellen, daß wir seinerzeit über Zystitis und Pyelitis gelegentlich in der chirurgischen Klinik einzelnes gehört haben (meist sind das Dinge, die heute nicht mehr zurecht bestehen), daß wir in der dermatologischen Klinik über die Zystitis als Komplikation der Gonorrhoe eine Vorlesung gehört haben, und daß auch in der internen Klinik der Nierenkrankheiten gelegentlich einmal das Thema Zystopyelitis behandelt wurde. Eine systematische Darstellung dieses für den praktischen Arzt so überaus wichtigen Gebietes konnte man jedoch (und wenn ich nicht irre, so ist es auch heute nicht besser) während der ganzen Studienzeit nirgends erhalten. Dieser Mangel der Ausbildung rächt sich. Ich will nun versuchen, in kurzen Zügen neben den Fehlern und Irrtümern die so häufig auf diesem Gebiete vorkommen, auch einzelne Richtlinien der Diagnostik und Therapie der Zystitis, allerdings nur in aphorismatischer Kürze, zu entwickeln.

Die diagnostischen Merkmale der Zystitis sind äußerst vieldeutig. Man pflegt (allerdings mit Unrecht) den Blasenkatarrh aus folgenden Symptomen zu diagnostizieren:

1. Trüber Harn.
2. Harndrang.
3. Schmerzhafte Harnentleerung.

Daß nicht jeder trübe Harn das Vorhandensein eines Blasenkatarrhs beweist, ist heute schon beinahe ein Gemeingut der ärztlichen

Diagnostik. Es muß nachgewiesen werden, daß die Trübung des Harnes von Eiterbeimengung herrührt. Alle anderen Beimengungen, die den Harn trüben, wie Urate, Phosphate, Karbonate, Bakterien und Sperma, beweisen natürlich nichts für Zystitis. Der Nachweis des Eiters im Harn gelingt durch die mikroskopische Untersuchung sowie durch die chemische (Donnésche Eiterprobe: Zusatz von Kalilauge verwandelt den Eiter in eine alkalische Eiweißverbindung, die sich als rotzartige, schleimige, fadenziehende Masse kennzeichnet). („Ars Medici" 1922, S. 485.)

Bei dieser Gelegenheit sei auf einen diagnostischen Fehler hingewiesen, den man nicht allzuselten in ungenauen Harnanalysen findet: Schleim (Muzin) findet sich im Harn unter normalen Verhältnissen niemals in größerer Menge, auch nicht bei der Zystitis. Die „Schleimhaut" der Blase verdient diese Bezeichnung eigentlich nicht, denn sie enthält normalerweise keine Schleimdrüsen und produziert auch keinen Schleim. Findet man jedoch das Sediment eines Harnes als schleimige, braungelbe Masse, so handelt es sich in der Regel nicht um wirklichen Schleim, sondern um den früher bei der Donnéschen Eiterprobe erwähnten Körper: das durch die alkalische Harngärung veränderte Alkalialbuminat. In den Harnanalysen mancher diagnostischer Laboratorien findet man mit großer Regelmäßigkeit eine unrichtige Angabe: Aus dem Vorhandensein zahlreicher geschwänzter Epithelien im Harnsedimente wird die Diagnose einer Urethritis und Pyelitis geschöpft. Der Epithelienbelag des ganzen harnableitenden Systems (vom Nierenbecken bis zur Harnröhrenmündung) zeigt einen beinahe vollkommen identischen Bau. Die tieferen Schichten der Epithelien sind Lagen von geschwänzten Epithelien und es ist keineswegs möglich, aus dem Befunde solcher Formen der Epithelien im Sedimente auf deren Provenienz zu schließen. Sie können ebensogut aus der Blase wie aus dem Nierenbecken stammen.

Auch das häufige Urinieren und die Schmerzen beim und nach dem Urinieren beweisen durchaus nicht das Vorhandensein einer Blasenentzündung. Außerordentlich viele krankhafte Vorgänge im Bereiche der Harnorgane können zu Harndrang und schmerzhaftem Urinieren führen, ohne daß Blasenkatarrh vorhanden wäre, z. B. nervöse Reizzustände („irritable bladder"), Fremdkörper, Steine, Residualharn, gutartige und bösartige Neubildungen. Namentlich nervöse Reizzustände der Blase, gehäufter Harndrang und Schmerzen beim Harnen, wie sie beim männlichen und weiblichen Geschlechte im Symptomenbilde der urosexuellen Neurasthenie zur Regel gehören, beängstigen die Kranken am allermeisten und führen bei oberflächlicher Untersuchung zur unrichtigen Diagnose „Zystitis".

Fragen wir uns aber, wie wir solche folgenschwere Irrtümer vermeiden können, so ergibt sich die unabweisliche Forderung, ausnahmslos in allen Fällen, in welchen Patienten über Störungen der Harnentleerung klagen (trüber Harn, Schmerzen beim Urinieren, vermehrte Frequenz), eine genaue spezialärztliche Untersuchung vornehmen zu lassen. Die letztere erstreckt sich nicht nur auf eine genaue mikroskopische, chemische und bakteriologische Untersuchung des Harnes, sondern auch auf eine endoskopische Untersuchung, die uns den Fall restlos aufzuklären pflegt. Durch die Zystoskopie sind wir imstande, die sogenannten nervösen Blasenstörungen von den entzündlichen Erkrankungen zu unterscheiden und ebenso auch krankhafte Veränderungen in der Blase, wie Steine, Fremdkörper und Tumoren auf den ersten Blick zu erkennen. Haben wir einmal mit Hilfe der eben erwähnten diagnostischen Methoden in einem Falle eine Entzündung der Blasenschleimhaut konstatiert, so obliegt uns noch die

Aufgabe, die ätiologische Diagnose festzustellen. Dieselbe ergibt sich zumeist aus dem bakteriologischen Befunde. Die Infektion der Blase erfolgt auf zweierlei Wegen, von der Harnröhre aus und vom Blutwege; die Ursachen der Infektion sind demgemäß am häufigsten die Gonorrhoe und die Koliinfektion. Ein wichtiger diagnostischer Leitsatz weiters lautet, daß wir jeden Fall von langdauerndem Blasenkatarrh bei jungen Individuen beiderlei Geschlechtes, in welchem die gonorrhoische Ätiologie unwahrscheinlich ist, für tuberkuloseverdächtig halten müssen.

Nun zu den therapeutischen Irrtümern. Die allgemein übliche Gedankenverbindung führt von der Diagnose der Zystitis zu der geradezu typischen Anordnung folgender Behandlung: innerliche Gabe von Urotropin oder Salol, Anordnung einer großen Menge von Flüssigkeit zur „Durchspülung der Blase" und Mineralwasserkuren. Wie falsch in vielen Fällen eine solche Verallgemeinerung einer in manchen Fällen gewiß heilsamen Therapie sein kann, sei an einigen Beispielen erwiesen. Die akute gonorrhoische Zystitis, hervorgerufen durch eine Infektion des Blasenhalses mit dem Gonokokkus, ist durch äußerst heftigen Harndrang, der sich gelegentlich zu wahrem dysurischen Harnträufeln steigern kann, charakterisiert. Führt man bei einer solchen akutesten Erkrankung große Mengen Flüssigkeit zu, so steigert man den Harndrang ins Ungemessene. Die Wirkung des Urotropins und seiner Ersatzpräparate besteht in der Abspaltung von Formalin innerhalb der Nieren, wodurch dem Harn eine desinfizierende Eigenschaft und eine Erhöhung seiner Azidität verliehen wird. Nun wissen wir weiters, daß etwa 90% aller Blaseninfektionen (die gonorrhoische nicht mitgerechnet) auf den Kolibazillus zurückzuführen sind. Dieses Bakterium hat die Eigentümlichkeit, daß es nur auf saurem Nährboden gut wächst und sich vermehrt, in alkalischem jedoch zugrundegeht. Will man daher eine Koliinfektion der Blase wirksam bekämpfen, so wird es sich empfehlen, den Harn möglichst wenig sauer und eher alkalisch zu bekommen, um den Nährboden für die Kolibazillen möglichst zu verschlechtern. Man sieht also, daß die Darreichung von Urotropin in solchen Fällen als ein sinnwidriger Irrtum der Behandlung aufzufassen ist. Ein weiteres Beispiel für eine irrtümliche Behandlung einer Zystitis stellen die zahlreichen Fälle dar, in welchen Kranke mit chronischer Zystitis bei Prostatahyperthrophie in vorgeschrittenerem Stadium (das heißt wenn die Blase nicht mehr imstande ist, ihren Inhalt vollständig zu entleeren und somit ein gewisses Quantum von Residualurin dauernd in der Blase vorhanden ist) in die bekannten Kurorte geschickt werden, die in dem Rufe stehen, Blasenkatarrhe zur Ausheilung zu bringen, das ist Karlsbad, Marienbad, Wildungen und ähnliche. Durch die großen Flüssigkeitsmengen, die dem Kranken zugeführt werden, tritt eine Überbelastung der ohnehin schon insuffizienten Blase ein, die Blasenerweiterung macht weitere Fortschritte und führt häufig zur Progredienz der Entzündung entlang der Ureteren ins Nierenbecken. So sehen wir, daß beinahe bei allen Formen der Blasenentzündung eine andere Indikation der Behandlungsmethoden besteht und es ist durchaus verwerflich, ohne genaue Überlegung das eine oder das andere Heilverfahren in Anwendung zu bringen. Wir werden uns in der Behandlung des Blasenkatarrhs von gewissen Grundsätzen leiten lassen müssen, die ich in wenigen Sätzen kurz andeuten will: Im akutesten Stadium der Blasenentzündung empfiehlt sich in erster Linie wie bei allen anderen akuten Entzündungen eine möglichste Ruhigstellung des erkrankten Organs. Der häufige Urindrang und die häufigen, manchmal sogar vergeblichen Anstrengungen, die Blase zu entleeren, steigern die konge-

stive Hyperämie und vermehren dadurch die Beschwerden. Bettruhe, antiphlogistische Prozeduren, Umschläge, warme Sitzbäder, reizlose Kost, Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr, kalmierende Medikamente (Brom, Morphin und Belladonna, Papaverin, Kalzium- und Magnesiumsalze) werden intern oder als Suppositorien verabreicht. Dies gilt sowohl für die gonorrhoische Zystitis im akuten Stadium als auch für den Erkältungsblasenkatarrh, der häufig mit Blutungen (Purpura der Blase) einhergeht. Bei den akuten Blasenkatarrhen der Prostatiker oder Strikturenkranken hat man sich möglichst rasch Klarheit zu verschaffen, ob die Blase spontaner vollständiger Entleerung fähig ist; wenn dies nicht der Fall ist, so kommt als souveränes Mittel der Behandlung die Applikation des Dauerkatheters in Betracht. Dies gilt für alle Formen der Blaseninfektion bei Kranken, deren Blase sich nicht vollständig entleert (Prostatahypertrophie, Strikturen- und spinale Erkrankungen). Es wird mit dem Dauerkatheter nicht nur der Forderung nach vollständiger Ruhigstellung des entzündeten Organs Genüge getan, der Dauerkatheter gewährleistet auch eine restlose Abfuhr des zystitischen Harnes, dessen Stagnation in der Blase zu schweren Resorptions- und Intoxikationserscheinungen führen könnte (Fieber, Urosepsis). — In Fällen von akuter oder subakuter Zystitis, hervorgerufen durch die Koliinfektion, vermeiden wir zunächst die Darreichung von Urotropin und geben lieber Medikamente, welche geeignet sind, den Harn stark alkalisch zu machen (das sind Natriumbikarbonat in großen Dosen, Magnesia und die üblichen alkalischen Mineralwässer, wie Preblauer, Biliner, Wildunger), sowie die stark alkalisierenden Fruchtsäfte, Limonaden, Orangeaden. Während dieser Tage, in denen wir den Harn möglichst alkalisch machen wollen, geben wir auch große Flüssigkeitsmengen, um die Harnsalze möglichst verdünnt im Urin zu haben. Nach mehreren Tagen (vier bis sechs) dieses Regimes ändern wir plötzlich unsere Taktik, um dem Harn plötzlich eine andere Reaktion (nämlich die saure) zu geben. Wir vermeiden die Flüssigkeitszufuhr und geben Urotropin 1 bis 2 g innerlich oder intravenös Cylotropin [1].

In keinem dieser Fälle außer in den ersten Tagen des akutesten Beginnes können wir der lokalen Blasenbehandlung entraten. Sie besteht bei der gonorrhoischen Zystitis in der Eintropfung von ½ bis 1%iger Silbernitratlösung, bei den Koli-Zystitiden in der Auswaschung der Blase mit ¼ bis ½‰ Silberlösung oder der Eintropfung von Kollargolöl (Agoleum) oder Metem (Silberchlorid) in 4%iger Suspension.

---

[1] Zur innerlichen Desinfektion bewährt sich die Kombination von Urotropin mit Salol („Salitramin")

Rp: Hexamethylentetramin 10.0
Saloli 5.0
Mfpulv. Div. in dos. aequ. Nr. XXX ad capsul. amylaceas.
S: Drei Pulver täglich.

Während des Stadiums der Behandlung des Blasenkatarrhs, in dem wir mit reichlichen innerlichen Flüssigkeitsmengen die Blase durchzuspülen bestrebt sind, ist ein diuretisch-desinfizierender Tee etwa von folgender Formel sehr bewährt:

Rp: Herb. Equiseti
Fol. uvae ursi
Herb. Menthae piperit. ana 10.0.
S. Einen Kaffeelöffel der Blätter fünf Minuten mit ¼ l Wasser abkochen als Tee.

In bestimmten Fällen von akuter, subakuter und auch chronischer Zystitis müssen wir von den Methoden der spezifischen oder unspezifischen Reizkörpertherapie Gebrauch machen. Die akute Zystitis als Komplikation der Gonorrhoe wird wie alle derartige Komplikationen gleich von allem Anfang mit Injektionen von artfremdem Eiweiß (Milch, Caseosan, Aolan) behandelt. Auch die Injektion von Gonokokkenvakzinen (Arthigon, Gonargin usw.) ist in solchen Fällen empfehlenswert, doch scheint der Wert dieser sogenannten spezifischen Therapie die Erfolge mit anderen Proteinkörperinjektionen kaum zu übersteigen. Besonders hartnäckige Fälle von Zystitis, gleichgültig ob es sich um gonorrhoische, Koli- oder postoperative, artefizielle Zystitis handelt, werden manchesmal wie mit einem Zauberschlage durch die intravenöse Injektion von Neosalvarsan (0.15) zur Heilung gebracht. Die akute hämorrhagische Erkältungszystitis, die unter dem Bilde der Purpura der Blase verläuft, wird häufig durch die bloße Darreichung von größeren Dosen von Natrium bicarbonicum in ein beschwerdefreies Heilungsstadium übergeführt. Dieselbe alkalisierende Therapie empfehle ich bei allen Zystitiden, auch bei der ulzerösen Form, wenn der Harn sauer ist, da die Annahme berechtigt ist, daß der stark saure Harn auf entzündete und geschwürige Stellen der Blase geradezu ätzend wirkt. Die Erfolge dieser Behandlung beweisen eindeutig, wie unberechtigt die Furcht der alten Ärzte war, bei Zystitis den Harn alkalisch zu bekommen. Wir sehen gerade im Gegenteil, daß die alkalische Reaktion aus verschiedenen Gründen für die Wiederherstellung der Blase der wünschenswertere Zustand ist. Sehr häufig machen wir in der Behandlung der Zystitis Gebrauch von den balsamischen Mitteln (Oleum santali, Gonosan, Eumictin usw.), doch sind diese Mittel ebenso wie die intravenös injizierten Urotropinpräparate nur gestattet, wenn die Nieren in bestem Funktionszustand sind, da sonst bei schwerkranken Nieren die Ausscheidung dieser Mittel durch die Nieren leidet und Intoxikationen entstehen können.

Die diätetische Behandlung halten wir nicht für eine besonders rigoros zu befolgende Vorschrift. Geringe Mengen verdünnter alkalischer Getränke wirken bei gesunden Nieren stark diuretisch, eine Wirkung, die uns in der Behandlung der Zystitis erwünscht ist. Aus der gleichen Erwägung, aber auch nur wenn Nieren und Herz günstig arbeiten, empfehlen wir Mineralwasserkuren, wobei die alkalischen erdigen Mineralwässer, Biliner, Preblauer, Nataliequelle und ähnliche den Vorzug verdienen.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.[1]

Fragen.

104. Siebenjähriger Knabe, körperlich gut, geistig sich langsam entwickelnd, bleibt anfangs des Jahres in der ersten Schulklasse zurück, weil er „schlecht hört“. Der Zustand verschlimmert sich bald derart, daß das Kind die gewöhnlichsten Begriffe nicht versteht. Ein Otologe findet

[1] **Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Raummangels werden nur die Anfragen von allgemeinem Interesse veröffentlicht. Behufs etwaiger brieflicher Beantwortung ersuchen wir daher um Beifügung von Rückporto.** Die Red.

das Gehör gut, entfernt die Adenoiden, ohne Effekt. Ein Neurologe konstatiert dann transkortikale sensorische Aphasie nach leichter, unbemerkt gebliebener Enzephalitis, empfiehlt längere Ruhe und für später einen Pädagogen. Bis heute keine nennenswerte Besserung; das Kind hat nur einen ganz geringen Wortschatz, kann schwierigere Worte nicht nachsprechen und paraphasiert und bietet bei seiner Geschwätzigkeit einen kretinoiden Eindruck. Neurologischer Befund im übrigen negativ. Eltern gesund, Lues auszuschließen. Prognose? Dr. F. G. in W.

105. Gibt es wirklich kein medikamentöses Mittel gegen chronischen Alkoholismus? Hier im Norden saufen sogar Weiber und Kinder. Für Heilstättenbehandlung haben sie kein Geld, und es wäre ein Mittel sehr erwünscht, das ihnen den Alkohol verleiden könnte. Dr. E. H. in L.

106. Bitte um Angabe eines Mittelstandssanatoriums für einen Neurastheniker (Hydrotherapie usw.). Österreich, Süddeutschland, Schweiz bevorzugt. Dr. O. B. in I.

107. Bei einem 20jährigen Bauernmädchen (Anamnese sehr lückenhaft) entwickelte sich im Anschluß an eine fieberhafte Erkrankung mit Kopf- und Gliederschmerzen, die einige Tage dauerten und auf Aspirin zurückgingen, vor zwei Jahren eine schleichende Atrophie der Musculi interossei der linken Hand. Organbefund und Reflexe normal, kein Nystagmus, kein Tremor, motorische Kraft erhalten. Die Patientin verrichtet alle Arbeiten ohne Störung auch mit der linken Hand, hat aber in dieser mitunter Schmerzen. Ich verordnete Arsen. Weitere Therapie? Prognose? Dr. M. G. in M.

108. Zwei meiner Diabetes-Kranken haben auf den oberen Augenlidern rechts und links flache, 1 bis 1½ cm lange, ½ cm breite Xanthome. Gutes Allgemeinbefinden; bei entsprechender Diät nur 1% Zucker. Wie beseitige ich die Xanthome? Dr. F. in B.

109. Ich habe in früheren Zeiten viel unter Pulicosis gelitten, die mich quälte, weil ich heftig juckende lokale Urtikaria bekam. Seit dem Jahre 1912 bin ich von Flöhen merkwürdigerweise ganz verschont. Hängt das vielleicht damit zusammen, daß ich seit 1912 nur Sacharin und keinen Zucker mehr nehme (um nicht dicker zu werden)? Ich erwähne, daß ich im Juni 1912, bald nach Beginn meiner Entfettungskurdiät, von Lichen ruber planus befallen wurde, der nach Arsengebrauch in zwei Monaten abheilte und sich seither nicht wiederholte. Alter: 57, Gesundheitszustand gut.
Dr. F. P. in W.

110. Obwohl ich in den Lehrbüchern lese, daß Kindernährmittel, wie Nestlé, Kufeke und Tapioka überflüssig sind, werden sie von sämtlichen Kinderärzten ständig ordiniert. Was ist der Unterschied zwischen Tapioka und Knorrs Hafergrütze? Wann empfehlen sich Krompechers Haferflocken und Löflunds Malzextrakt? Dr. K. in V.

111. Wie lange dauert die Konzeptionsfähigkeit (Ovulation) nach Aufhören der Menstruation im Klimakterium? Dr. R. in Z.

112. Welche homöopathischen Mittel kann man bei Vagotonie und bei Symphatikotonie anwenden? Könnte man mit einem solchen Mittel die sympathischen Nervenfasern der Niere beeinflussen, deren Durchtrennung ja die operative Nierendekapsulation bezweckt?
Dr. F. B. in E.

113. Bei einem Fall von chronischer Lungentbc., dessen Temperaturen sich seit Jahren zwischen 36.8 und 37.8 bewegten, waren alle Bemühungen, die Temperatur zu regeln, vergebens. Nach 30 Einspritzungen von „Vitalipon" (des Dr. Schär in Zürich) trat eine gleichmäßige Temperatur von etwa 37 bis 37.2 nebst Besserung des Allgemeinbefindens auf. Wer weiß Näheres über dieses Mittel? Wie lange kann man es anwenden?
Dr. F. B. in E.

114. Bei einer stets gesund gewesenen Frau (keine Influenza, keine Angina) traten vor einem halben Jahr plötzlich Parästhesien im rechten Fazialisgebiet auf; die Patientin meinte, der Mund sei schief und geschwollen. Nach vier Tagen Wiederholung dieser Erscheinung. Nach zwei Wochen Dauertremor der rechten Mundpartie und des Hypoglossusgebietes, ständiges Zittern der Zunge. Mit der Zeit entwickelte sich eine Kontraktur im Fazialisgebiet, die Sprache wurde erschwert. Nach einem Monat epileptiformer Anfall mit Zungenbiß und Enuresis, der sich nach acht Tagen wiederholte. Dann Pause von einem Monat und erneuter epileptiformer Anfall. — Heutiger Befund: kleinschlägiger Tremor im rechten Mundwinkelgebiet. Zittern der herausgestreckten Zunge, Sprache schwer und langsam; rechter Arm oft müde und schwer. Kein Anfall mehr seit zwei Monaten. Im Hypoglossusgebiet absolute Ruhe. Kein Kopfschmerz oder Erbrechen Lumbaldruck nicht erhöht, Reflexe normal. Keine Sensibilitätsstörungen, keine Stauungspapille. WaR negativ. Röntgenaufnahme zeigt normale Verhältnisse. Diagnose? Dr. M. in N.

115. Leide seit vier Monaten an öfterem Harndrang mit zeitweisem Gefühl eines brennenden Tropfens in der Urethra. Frühmorgens dumpfer Druck über der Symphyse, der den Schlaf stört, aber im Laufe des Tages verschwindet. Daneben vermehrter Stuhlgang. Im Prostatasekret spärliche Lymphozyten. Auf Prostatamassage leichte Besserung, die aber auch schon vor Massage und Sitzbädern auf Baldrian zu erkennen war. Diathermie nützte vorübergehend. Dr. W. in M.

116. Eine vom I. Inzisivus ausgehende wallnußgroße Zyste wurde nach Partsch I operiert, außerdem bei dem betreffenden Zahn eine Wurzelspitzenresektion gemacht. Die Höhle hat sich jetzt nach zweieinhalb Monaten bis auf Haselnußgröße verkleinert, die weitere Heilung stockt aber. Ferner besteht eine Kommunikation zwischen der Zysten- und Nasenhöhle.
Dr. S. K. in R.

117. Ich leide seit 20 Jahren an Bronchialasthma. Es handelt sich mehr um protrahierte asthmatische Katarrhe als um plötzliche Anfälle. Die Neigung zum Katarrh ist trotz vielfach versuchter Abhärtung sehr groß. Der Auswurf ist zäh, glasig, und es besteht kein Hustenreiz. Gibt es ein Mittel oder einen Kurort, der Dauerheilung verspricht? Was ist von „Tanmagen" zu halten? Dr. B. in L.

118. Patient, 34 Jahre alt, gesund und kräftig, hat zeitweise geringe Blutbeimischung beim Ejakulat, wovon ich mich durch Augenschein überzeugt habe. Keine Beschwerden beim Urinlassen. Sexualfunktionen in Ordnung. Patient ist Vater zweier gesunder Kinder. Kommt diesem Symptom eine ernstere Bedeutung zu oder handelt es sich vielleicht um eine Schädigung durch Motorradfahren? Dr. H. in B.

119. Wie erklärt sich das Auftreten von typischem Scharlach bei einem fünfjährigen Kinde mit großem Angiom bei einem Fünftel Hautverbrennung am fünften Tage, nachdem das Kind schon vor zwei Jahren Scharlach durchgemacht hatte? Die Brandwunden heilten auf Lin. aqu. Calcis, dann Borumschläge sehr gut. Was wäre zur Verhütung zu empfehlen? Etwa primäres Baden aller erheblich verbrannten Kinder?
Dr. W. in R.

120. Wie entfernt man aus Wäsche schwarze, durch Diphtherieheilserum verursachte Flecke? Wie entfernt man Mostflecke aus der Wäsche? Dr. W. in L.

121. Metabolismus bei Basedow. Wie sind die Methoden zur Bestimmung der Hypo- oder Hyperfunktion der Thyreoidea von Haldane oder Benedikt? Dr. S. K. in B.

122. Ich habe den Eindruck, daß bei korpulenten Luetikern beiderlei Geschlechtes trotz ausgiebiger jahrelanger Behandlung die WaR des Blutes hartnäckiger positiv bliebe als bei fettärmeren Personen. Ist so etwas den Kollegen bekannt oder schon irgendwo publiziert? Dr. B. S. in N.

123. Welche Bedeutung hat die Rotfärbung des Harnes bei Zusatz von Nylanders Reagens? Die Reaktion trat in der Kälte auf und blieb beim Aufkochen bestehen. Dr. B. in B.

124. 39jährige, sehr abgemagerte, aber widerstandsfähige Mutter von vier Kindern (letztes normales Wochenbett vor anderthalb Jahren) mit fibröser Lungentbc. (dabei monatelang Keratitis specifica!) leidet seit einigen Monaten an ganz akut auftretenden, scharf umschriebenen, mäßig entzündlichen Hautinfiltrationen im Gesicht von durchschnittlich sechs- bis achtstündiger Dauer. Selten subfebril. Eitrige Erkrankungen nicht vorangegangen. Urin frei. Sputum negativ. Chronische Obstipation. Schübe unabhängig von der normalen Menstruation. Diagnose? Therapie? Dr. F. K. in O.

125. Ich bitte um Angabe der Therapie einer idiopathischen Stummheit (Audimutitas). Gibt es ein Werk darüber? Dr. C. in G.

126. Welches sind die Erscheinungen einer Angina abdominalis? Therapie? Wo kann man darüber nachlesen? Dr. C. in G.

Antworten.

Ad 241/1924. Lourdes. Herr Dr. Kirschstein in Neustettin übersendet uns einen Zeitungsbericht über den vor den Münchner Geschworenen seinerzeit stattgefundenen Lourdesprozeß. In diesem haben sich sämtliche Sachverständige energisch gegen die Beobachtungen über Heilungen in Lourdes ausgesprochen. Sie haben nachgewiesen, daß die von dortigen Ärzten geschilderten Krankheitsbilder und insbesondere das dortige Konstatierungsbureau keinen Glauben verdienen, da der Betrieb nichts weniger als wissenschaftlich sei. Noch krasser lauteten die Gutachten in einem ähnlichen Prozesse in Metz. **Die Red.**

Ad 11/1925. Antipyrinschädigungen und Antipyrinintoxikation. Das anfänglich wegen seiner prompten antipyretischen und antineuralgischen Wirkung mit Enthusiasmus aufgenommene Medikament erfuhr im Laufe der Zeit infolge der nach und nach beobachteten Nebenwirkungen eine bedeutende Einschränkung in seiner ausgebreiteten Anwendung. Waren schon die zuerst beobachteten Antipyrinexantheme eine unliebsame Überraschung, die mitunter sogar wegen ihrer Lokalisation in der Mund- und Analgegend zu Fehldiagnosen bezüglich Lues Veranlassung gaben, so wurden in der späteren Zeit auch schwere Allgemeinerscheinungen als Folge einer Antipyrinintoxikation beobachtet. Als Paradigmata schwerer Antipyrin-Nebenwirkungen mögen folgende im Laufe der Zeit publizierten Fälle angeführt werden: Bei einem wegen Pertussis durch drei Wochen mit äußerst günstigem Erfolge behandelten Kinde traten epileptiforme An-

fälle mit konsekutivem Sopor und einem scharlachähnlichen Exanthem auf. Die Krämpfe wiederholten sich. Der Fall endigte in Genesung (Tuczek). Bei einem Patienten, der im Verlaufe von fünf Tagen im ganzen 10 g Antipyrin eingenommen hatte, traten Magen- und Darmstörungen mit einem choleraähnlichen Bild auf: Erbrechen, Wadenkrämpfe, heisere Stimme, kühle Extremitäten, unfühlbarer Puls und subnormale Temperatur. Nach Exzitantien gingen die bedrohlichen Erscheinungen zurück (P. Guttmann). Bei einem Falle von Polyarthritis rheumatica, dem Ruge anfänglich 3 g pro die und am elften Tage zum ersten Male 5 g Antipyrin gegeben hat, trat ein typhusähnliches Bild mit Temperaturanstieg, erheblicher Milzschwellung, Atmungsfrequenz 60 in der Minute sowie 108 Pulsen in der Minute auf. Eine schwere Antipyrinvergiftung mit hochgradigen Intoxikationssymptomen: schwere, schnappende Atmung, Anschwellung des Gesichtes, besonders der Augengegend, sowie ein scharlachähnliches Erythem der Körperoberfläche beobachtete Webster. Infolge der zeitweise sehr schlechten Atmung mußte künstliche Respiration eingeleitet werden. Trotz Anwendung entsprechender Exzitantien blieb der gefährliche Zustand ungefähr acht Stunden bestehen. Die angeführten Fälle dürften zur Genüge die nach Antipyringebrauch mitunter eintretenden Schädigungen illustrieren. Die toxikologische Kenntnis derartiger Zufälle bei der Anwendung eines so vielfach angewendeten Medikamentes, wie es das Antipyrin und dessen Derivate (Salipyrin, Migraenin) sind, ist für den Praktiker von eminenter Bedeutung. Dr. E. **Kapelusch,** Wien.

Ad 65. Tod nach Stuhlgang. Die vor zwei Jahren erfolgte Fazialisparese spricht doch für einen arteriosklerotischen Prozeß im Gehirn, der offenbar eine kleine Läsion setzte; plötzlich auftretende Drucksteigerungen, wie beim Stuhlpressen, können nun eine Haemorrhagia cerebri auslösen, wobei die Blutung unter dem starken Drucke in die Seitenventrikel erfolgt, ein häufiger Befund bei plötzlich Verstorbenen. Oppenheim beschreibt diese Art der plötzlichen Todesfälle, die unter 24 Stunden ad exitum führen. In der Anfrage ist über die Pupillenweite und -reaktion nichts angegeben; jedoch die zerebralen Symptome des Erbrechens sprechen für apoplektischen Insult. (Blutung in die Seitenventrikel.) Dr. L. **Isler,** Wien.

Ad 68. Tic convulsif. Im vorliegenden Falle dürfte es sich um einen Erregungszustand des betreffenden Nervenzentrums, wahrscheinlich des Fazialkernes, handeln. Für die zentrale Genese spricht mangels irgendeines peripheren Reizes der Umstand, daß sich der Zustand nach psychischen Erregungen steigert. Therapeutisch ist von Faradisation nichts, eher eine Steigerung des Krampfzustandes zu erwarten. Auch von Vakzineurin ist wohl nicht viel zu erhoffen. Dagegen müßte eine milde Galvanisation (1 M. A., Anode auf den Fazialisstamm, breite Kathode am Nacken) günstig wirken. Außerdem kommen Nervina: Valeriana mit Extr. Cannab. ind. 0.03, oder Atropin 0.0005, ferner Brompräparate in Betracht. Einen ganz eklatanten Erfolg sah ich in letzter Zeit bei einem Kollegen, den ein Tic des Gesichts und der Augenlidmuskulatur berufsunfähig machte, von der Hypnose. Med.-Rat Dr. L. **Stein,** Wien.

Ad 69. Injektionen des Rektor Zilles. Rektor Zilles hat angeblich Universalmittel gegen Diabetes, Karzinom und Tbc. Das genügt! Er will keine Auskunft über sein sogenanntes Heilmittel gegen Tbc. geben und sein Geheimnis mit ins Grab nehmen. Leider gibt es in Deutschland zur Abwehr solcher „Heilmethoden“ keine entsprechenden gesetzlichen Maßnahmen. San.-Rat Dr. **Ludwig,** Bonn.

Ad 71. Mit Scarlatin I konnte ich keinen Erfolg erzielen.
Dr. J. **Dobrodolac,** Belgrad.

Ad 72. Aszites. Das Novasurol ist ein kräftiges Quecksilberpräparat, das mit größter Vorsicht appliziert werden soll. Es ist kontraindiziert bei schweren Herzfehlern und akuter Nephritis. Einer jeder Injektion muß daher eine exakte Harnuntersuchung vorangehen. Ich benütze das Präparat nicht mehr in der Praxis, seitdem ich nach einer einmaligen Injektion von 1 cm³ bei einem schweren kardialen Aszites eine blutige Enteritis und Hämaturie beobachtet habe. Versuchen Sie das „Euphyllin" (1:200, zweistündlich einen Eßlöffel) oder in Ampullen, zwei bis drei Injektionen pro die intramuskulär. Auch das „Calcium-Diuretin" (Knoll), sechs bis acht Tabletten pro die. Ich möchte noch auf den von Dr. Marlinger beschriebenen Fall von einer an Lues erkrankten Patientin hinweisen, die nach einmaliger Novasurolinjektion unter den Erscheinungen einer Encephalitis haemorrhagica zugrunde ging. (Med. Klin., 1922.) (Milder ist das neue Mittel „Salyrgan" [Höchst]. — Die Red.)

Dr. J. **Irrgang,** Przemysl.

Ad 72. Geben Sie ein Mikroklysma, bestehend aus 5 cm³ lauwarmen Wassers, in dem fünf Tropfen Digalen oder Digipuratum o. dgl., fünf Tropfen Tinct. Strophanti und jeweils 0.5 Diuretin aufgelöst wird. Dieses Klysma kann unbeschadet wochen-, monate-, ja sogar jahrelang täglich gegeben werden (am besten morgens vor dem Aufstehen). Sollte sich einmal etwas Diarrhoe zeigen, so gibt man bis zu deren Verschwinden dem Klysma noch fünf Tropfen Tinct. opii. spl. bei. Durch die Klysmen beseitigen Sie vielleicht den Widerwillen der Patientin gegen perorale Einnahme von Medikamenten. Ich habe Fälle gesehen, in denen schwerste Zyanose und Hydrops, also Lebensgefahr bestand, wobei der Patient sich in verhältnismäßig kurzer Zeit wieder erholte und den Umständen gemäß bald wieder arbeitsfähig wurde. Ich habe eine beinahe 70jährige Dame behandelt (das Vitium bestand über 30 Jahre), die seit drei Jahren mit ganz kurzer Unterbrechung die Kur durchführt und in ihrem Haushalt noch heute selbst mit angreift. — Die Ordination stammt von dem vor einigen Jahren verstorbenen Direktor der Med. Klinik in Zürich, Hermann Eichhorst, der sie schon seit 30 Jahren mit Erfolg anwandte. (Wenn ich nicht irre, hat die „Ars Medici" vor einigen Jahren auch einmal auf diese Medikation hingewiesen.) Dr. **Linnekogel,** Pforzheim.

Ad 74. Ulcus duodeni. In der M. Kl. Nr. 13, 1923 findet man die Therapie des Ulcus duodeni in einem Artikel des Prof. O. Porges. Aus Erfahrung am eigenen Leibe empfehle ich Ihnen diese Methode, sie hat mir und noch vielen vorzüglich geholfen. Nur keine Angst vor Alkalien; lieber mehr, nur nicht weniger. Dr. J. **Dobrodolac,** Belgrad.

Ad 76. Tbc. peritonei. Es wird sich hier wohl um eine allgemeine Drüsentuberkulose mit besonderem Hervortreten der Mesenterialdrüsen handeln. Haben Sie d'Espine schon geprüft? Ich habe in ähnlichen Fällen ausgezeichnete Erfolge gehabt mit dem Ihnen wohl auch bekannten Eatan von den Eatinon-Werken, München. Bei einem fünfjährigen Kind kann man dreimal täglich 15 bis 20 Tropfen in Suppe oder Fleischbrühe geben. Den Aszites werden Sie wohl am raschesten zum Verschwinden bringen, wenn Sie eine Alttuberkulinkur machen, selbstverständlich mit den kleinsten Dosen beginnend und eventuelle Reaktionen streng beobachtend. Wenn der Magendarmkanal es erlaubt, wäre reichliche Milchzufuhr und täglich mindestens 60 g Butter eine gute Unterstützung; das Eatan hebt den Appetit mächtig. Durch die Tuberkulinkur werden nicht nur die Temperaturen ziemlich rasch heruntergehen, sondern auch das Exsudat wird, ohne daß weitere Punktionen nötig sind, zum baldigen Verschwinden kommen. Wenn Sie auch bisher mit künstlicher oder natürlicher Sonnen-

bestrahlung keinen Erfolg hatten, so wäre aber doch den ganzen Sommer über eine partielle Sonnenbestrahlung des Leibes sicherlich von ausgezeichneter Wirkung; mit fünf Minuten beginnend und nicht über eine Stunde gehend. Dr. **Linnekogel**, Pforzheim.

Ad 76. Es handelt sich um eine exsudative Form der Tbc. peritonei. Sind keine oder nur geringe Adhäsionen? Wenn ja, dann rate ich zu Pneumoperitoneum: Sie punktieren den Aszites wie gewöhnlich und insufflieren in die entleerte Peritonealhöhle durch die gleiche Nadel filtrierte Luft (am besten mit Pneumothoraxapparat). Luftquantum: soviel, daß alle Peritonealfalten gut umspült werden; meist etwa das halbe Volumen der abgelassenen Flüssigkeit. — Details finden Sie in Med. Klin., 1921, Nr. 50. Dr. A. **Fritz**, Wien.

Ad 83. Antidiabeticum. Das Präparat A. Siegers „Antidiabeticum" gilt nicht als ein spezifisches Antidiabetikum; es soll angeblich nur als ein therapeutisch gutes und wirksames Unterstützungsmittel in der Behandlung des Diabetes bei Einhaltung der allgemein anerkannten Diätvorschriften gedacht sein. Seine Bestandteile sind: Rp: Extracti fol. Myrtilli 6.03, Extr. cort. Phaseoli 5.17, Extr. Rhizom. Tormentillae 3.45, Extr. Syzygii Jambolani fluid. 6.05. — Meines Wissens liegt keine Literatur über das obige Präparat vor; auch habe ich keine persönlichen Erfahrungen über die Wirksamkeit des Mittels. Dr. B. **Bernfeld**, Sambor.

Ad 83. A. Siegers „Antidiabeticum" enthält folgende Bestandteile: Extr. Foliorum Myrtilli 6.03, Extr. Corticis Phaseoli 5.17, Extr. Rhizomatis Tormentilli 3.45, Extr. Corticis Syzygii Jambolani fluidi 6.05. — Das Mittel wird ärztlicherseits vielfach mit gutem Erfolg angewandt. Ich kenne aus meiner Laboratoriumspraxis verschiedene Fälle, bei denen nach Anwendung des „Antidiabeticum" der Zuckergehalt rapid und dauernd gesunken ist. Ich führe die gute Wirkung der Komposition vor allem auf den Gehalt an dem Fluidextrakt von Syzygium jambolanum zurück, einer ostindischen Droge, die zur Klasse der Myrrtaceen gehört. Syzygium jambolanum wird in der Allopathie und Homöopathie (in zweiter und dritter Verdünnung) besonders von amerikanischen und belgischen Ärzten mit Erfolg bei Diabetes angewendet. So haben die amerikanischen Ärzte Dr. Burt, Clacius und Dr. Kinno mit Syzygium die günstigsten Resultate erzielt. Dr. Crignellion in Mons (Belgien) besaß in den Achtzigerjahren des vorigen Jahrhunderts einen großen Ruf wegen seiner erfolgreichen Kuren gegen Diabetes mellitus. Er verordnete die reine Syzygium-Tinktur (zweimal täglich fünf Tropfen). Größere Gaben sind allerdings von unangenehmen Nebenwirkungen begleitet, wie Schwindel, Atemnot usw. Bakteriologe H. **Lipp**, Neubiberg.

Ad 84. Zungenschmerzen. Vielleicht handelt es sich um die besonders von französischen und englischen (Herbert French — Medical Annual, London 1924) Autoren als „Glossitis streptococcica chronica", Lingua dolorosa persistens, beschriebene chronisch verlaufende Zungenaffektion. Makroskopisch geringe Veränderungen im Gegensatz zu den starken, bei Berührung mit Speisen usw. exazerbierende Schmerzen. Bei genauer Inspektion entdeckt man jedoch ganz kleinen oberflächlichen Fissuren, was gegen die Auffassung der Erkrankung als einfache Neuralgie, respektive Neurose spricht. Durch das Kulturverfahren soll die Erkrankung als eine chronische Streptokokkie der Zunge charakterisiert worden sein. Die Mikroorganismen sind unterhalb der Epithelschichte nachweisbar. Die Behandlung — sowohl die örtliche (Argent. nitr., Chromsäure, Jonisation usw.), als auch die Allgemeinbehandlung (Vakzine, Autovakzine) — ist in ihren Erfolgen recht unsicher. Primarius Dr. V. **Pavia**, Gorizia.

Ad 84. Zungenschmerzen sind oft ein Frühsymptom einer perniziösen Anämie; Blutuntersuchung deshalb stets erforderlich.
Dr. H. **Buschmann**, Bleialf.

Ad 84. Die schmerzhafte Affektion der Zunge ohne anatomische Grundlage ist bei Frauen in mittlerem Lebensalter keine seltene Erkrankung (Glossodynie). Therapie sehr undankbar, Kokain- und Höllensteinpinselungen werden empfohlen. Manchmal ist Karzinomophobie die Ursache. Dr. **Seige**, Bad Liebenstein.

Ad 84. Die Möglichkeit einer Biermerschen perniziösen Anämie ist nicht außer Betracht zu lassen. Dr. H. **Nahrath**, Würzburg.

Ad 84. Wegen Verdacht auf perniziöse Anämie wäre eine Untersuchung des Blutes angezeigt. Dr. E. **Kisch**, Wien.

Ad 93. Japanischer Teeschwamm gegen Karzinom. Prof. Matsushita aus Tokio berichtet über ein Karzinommittel „Carcinolysin", welches ein Ferment aus der chinesischen Pflanze „Haisung" (Pinus-Gattung) mit einem aus „Poh" hergestellten Öle sein soll. Prof. Matsushita sah bei Karzinomratten nach einigen Injektionen des Mittels Erweichung, Nekrose und Resorption des Tumors eintreten. Carzinolysin soll auch beim Menschen im Frühstadium des Karzinoms und in Fällen, die mit X-Strahlen nicht vorbehandelt waren, eine hervorragende Rolle spielen. Im Berliner Krebsforschungsinstitut wurden Proben mit Carcinolysin angestellt. Die Berichte aber der berühmtesten Krebsforscher, auch Japaner, wie die des berühmten Dr. Tadanuma, lauten im Gegensatz zu den Berichten des Erfinders negativ. Dr. F. **Rintel**, Turka.

Ad 94. Tod nach spontaner Geburt. Es kann sich um eine Embolie handeln. Aus der Beschreibung ist nicht ersichtlich, wie die Darmtätigkeit war. Urinbefund? Dr. H. **Buschmann**, Bleialf.

Ad 97. Postenzephalitischer Parkinsonismus. Versuchen Sie Jodhexarin „Phiag", das ist Jodcalciumhexamethylentetramin, intravenös zu injizieren, kombiniert mit feuchten Einpackungen.
Dr. R. **Wasserbrenner**, Wien.

Ad 97. Ich hatte mehrmals mit der von N o n n e empfohlenen Atropin-Behandlung gute Erfolge: Rp: Atropin sulf. in Pillen zu 0.0005 g, vier bis sechs Pillen täglich. Fünf Tage Atropin, drei Tage Pause.
Dr. **Seige**, Bad Liebenstein.

Ad 98. Magen- und Darmgeschwüre und Kakaogenuß. Diese Frage wurde gerade auf den Artikel des Dr. S c h a c h t hin ausführlich in den „Beiträgen zur ärztlichen Fortbildung", zweiter Jahrgang, Heft Nr. 17, vom 22. August 1924 von Prof. Dr. S t r a k e n s t e i n beantwortet und ich stelle dem Kollegen gerne dieses Heft zur Verfügung. In dem Artikel des Dr. Schacht in Wiesbaden sind die analytischen Angaben über Gehalt an ätzenden Mengen und Oxalat unwahr. Oxalsäure und Kalziumoxalat, das ja sonst auch in den Pflanzen vielfach gefunden wird, dürfen in ihrer toxikologischen Bewertung nicht einander gleichgesetzt werden. Kalziumoxalat ist vollkommen ungiftig, der Genuß von Kakao unschädlich.
Dr. S. **Abeles**, Prag.

Ad 99. Erektionen bei einem Kleindkinde. Es liegt hier unleugbar ein abnormer Dauerreizzustand der Muscularis mucosae vesicae, hauptsächlich neben dem Orificium internum vor, der bereits drei Jahre lang die geschilderten Erektionen des Gliedes bei jedem Miktionsakt regelmäßig auslöst. Obgleich nicht bei jedem gesunden Kleinkinde beobachtet, ist dieses Phänomen dennoch als ein physiologischer Vorgang aufzufassen. Wird der Blaseninhalt entleert und verschwindet die Spannung der Blasenwandung, so erschlafft sogleich der erigierte Penis. Wir haben es offenbar mit einer direkt sichtbaren Auswirkung des vegetativen Nervensystems

auf den neuromuskulären Genitalapparat zu tun, ohne einen besonderen organischen krankhaften Prozeß hiefür verantwortlich machen zu müssen. In der prämiktionellen Phase bei intensiverem Harndrang und übererregbarer intravesikulärer Muskularis wird nämlich durch einen kongestiven Afflux die Quellung der Musculi erigentes und des kavernösen Gewebes hervorgerufen. Irrtümlich wäre es, diesen rein lokalistischen Reizzustand auf eine Organminderwertigkeit des Urogenitalapparates zurückzuführen oder an sogenannte erotische Manifestationen zu denken. Im Laufe der körperlichen Entwicklung treten späterhin hemmende Änderungen in der reflektorischen Innervation auf, so daß die erektophilen Zustände abflauen werden. Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Czernowitz.

Ad 100. Diphtherieserumbehandlung. Auf meine direkte Anfrage an Blühdorn, wie man sich nach seiner Ansicht bei einer Reinjektion von Serum verhalten soll, wenn bei fraktionierter Spritzung eine Reaktion auftritt, wird geraten, sich weiter mit allmählich steigernden Mengen einzuschleichen, um eine brüske anaphylaktische Reaktion zu vermeiden; das heißt daß man also z. B. 5 cm³ Serum nicht nur in drei Etappen, sondern in fünf bis sechs Dosen injizieren wird. Unter keinen Umständen wird man der im ganzen ja nicht sehr großen Anaphylaxiegefahr wegen, die man durch die angegebene Methode noch verringern kann, auf eine Reinjektion verzichten. Dozent Dr. R. **Neurath,** Wien.

Ad 103. Conjunctivitis vernalis. Versuch mit subkonjunktivalen Adrenalininjektionen (ein bis zwei Teilstriche), intern Kalzium, Arsenik. Luftdicht anpassende Schutzbrillen. Xeroform in Salbenform (hochprozentig, 5 bis 10%). Dozent Dr. R. **Bergmeister,** Wien.

Ad 104. Sensorische Aphasie. Der Fall ist nach den vorliegenden Daten nicht zu beurteilen. Manches spricht dafür, daß wirklich eine Form von Aphasie vorliegt. Doch läßt sich eine Diagnose so nicht machen, noch weniger Ätiologie und Prognose beurteilen. Wassermann? Röntgenbefund? Augenspiegelbefund? Prof. Dr. E. **Redlich,** Wien.

Ad 107. Atrophie der Interossei. Mit Rücksicht auf Anamnese (Beginn mit fieberhafter Erkrankung, Stationärbleiben des Zustandes) ist wohl das Wahrscheinlichste die Annahme einer leichten Form überstandener Poliomyelitis acuta anterior (Heine-Medin). Da Reflexe normal, läßt sich auch atypische amyotrophische Lateralsklerose ausschließen. Das Stationärbleiben spricht auch gegen progressive Muskelatrophie (Form Aran-Duchenne). Die Prognose wird dadurch einigermaßen getrübt, daß bei solchen Kranken zuweilen noch nach Jahr und Tag sich andere atrophische Lähmungszustände einstellen können. Therapeutisch kommt bei dem Stadium des vorliegenden Falles nur Galvanisation, Massage und Gymnastik in Betracht. Prof. Dr. A. **Pilcz,** Wien.

Ad 108. Xanthom am Lid. Es gibt verschiedene Methoden: Exzision, Ignipunktur nach Fabry (Dermat. Wochenschrift Bd. 77, Nr. 35) mittels nadelfeinem Galvanokauter; ferner wiederholte Pinselungen mit konzentrierter Lösung von Trichloressigsäure. Nach kurzem brennenden Schmerz (einige Minuten) bilden sich zarte, gelbbräunliche, weiche Schorfe, die sich in 8 bis 14 Tagen abstoßen. Anästhesierung nicht notwendig. Resultate ausgezeichnet. Das Auge muß natürlich bei solchen Behandlungen sorgfältig geschützt werden. Dozent Dr. R. **Bergmeister,** Wien.

Ad 111. Konzeptionsfähigkeit im Klimakterium. Ist eine Frau im Klimakterium, das heißt ist außer dem längeren Ausbleiben der Menses und den sich daran schließenden subjektiven und objektiven (anatomischen) Erscheinungen der Zustand als endgültiger erfaßt, dann ovuliert die Frau auch nicht mehr, es kann keine Gravidität eintreten. Einen definitiven Zeit-

punkt zu nennen, ist bei keiner Frau möglich, wenn man berücksichtigt, daß Menopause und Klimax nicht identisch und synchron sind. In der Menopause, in der die anatomischen Verhältnisse meist keine Veränderungen aufweisen und die Ausfallserscheinungen viel geringfügiger sind, kann Ovulation eintreten und Konzeptionsfähigkeit bestehen. Dr. J. **Pok**, Wien.

Ad 114. Fazialisparese, Anfälle und Tremor der Gesichtsmuskeln. Wie in der Mehrzahl der Fälle, so ist auch hier die Anamnese sehr mangelhaft. Nicht einmal das Alter der Patientin ist angegeben. Im Fazialisgebiet, soll wohl heißen im Trigeminusgebiet, und da wäre die Angabe der Äste sehr erwünscht. Ferner ist es unerläßlich zu wissen, ob der epileptische Anfall ein Jacksonepileptischer war oder ein genereller. Wäre die Patientin alt, so könnte es sich um einen arteriosklerotischen Prozeß an umschriebener Stelle handeln. Sonst kann ein Tumor cerebri ganz gut diese Erscheinungen hervorrufen, auch ohne Stauungspapille. Man müßte ein Gesichtsfeld aufnehmen (Farbeneinschränkung). Da der Lumbaldruck gemessen wurde, ist eine Spinalpunktion gemacht worden, deren Befund aber auch verschwiegen wird. Erst diese könnte für Syphilis entscheiden, die gleich einer Enzephalitis hier in Frage kommen kann. Unter allen Umständen sollte eine antiluetische Behandlung eingeleitet werden. Mehr läßt sich bei der Unvollständigkeit der Angaben nicht sagen.

Prof. Dr. O. **Marburg**, Wien.

Ad 115. Pollakisuria und Dysuria „nervosa"! auf der Basis einer ausgesprochenen Hyperästhesie der hinteren Harnröhre und Prostata. Das sind Teilerscheinungen einer urosexuellen Neurose, für deren Entwicklung Masturbation und Coitus interruptus verantwortlich sind. Behandlung: Unbedingt für einige Zeit Ausspannen, hydrotherapeutisches Sanatorium, wo auch die Neurose behandelt werden soll. Keine Lokalbehandlung der Urethra und Prostata! Medikamentös: beruhigende und schlaffördernde Medikamente (Bromnatrium, Extr. Belladonnae in Suppositorien), intravenöse Kalziuminjektionen (Afenil) oder subkutane Magnesiumsulfatinjektionen. Prof. Dr. V. **Blum**, Wien.

Ad 116. Zahnzyste. Große Zysten benötigen nach der Operation oft ein halbes Jahr und noch mehr bis zum vollständigen Verschwinden. Ich setze voraus, daß in dem geschilderten Falle nicht mehr tamponiert wird, da hiedurch die Heilung behindert wird. Es ist ratsam, den Patienten anzuweisen, sich mit einer Spritze die Höhle selbst zu reinigen. Sollte nach längerem Zuwarten die Kommunikation mit der Nase noch weiter bestehen, dann wäre eine Schleimhautplastik zu versuchen.

Prof. Dr. B. **Klein**, Wien.

Instrumente und Apparate.

Serüle und Venüle. Die Behring-Werke in Marburg bringen ihre Sera jetzt in sogenannten „Serülen" in den Handel. Das sind Reagenzgläschen mit aufgesetztem Gummistöpsel, einem den Gummistopfen durchbohrenden Glasröhrchen und eingeschmolzener Kanüle. Das Serum steht unter Überdruck. Der ganze Apparat ist sterilisiert. Der Arzt braucht nur die Injektionsstelle am Körper des Patienten zu reinigen, ritzt mit einer Feile die Glashülle ein, wodurch die Nadel frei wird, sticht diese (je nachdem subkutan, muskulär oder venös) ein und reguliert nun durch Druck des Daumens auf den Gummistopfen die Schnelligkeit des Einströmens des unter Überdruck stehenden Serums. — Eine ähnliche Vorrichtung, in der

das leere Reagenzgläschen unter Unterdruck steht, wird unter dem Namen „Venüle" abgegeben und dient zur Blutentnahme behufs Anstellung der Wassermann-Reaktion, Anlage von Kulturen aus dem Blut usw. — Erzeuger: Behring-Werke in Marburg. (D. m. W. Nr. 12. 1925.)

Medikamente.

Camphogen-Ingelheim. Es ist bekannt, daß der Kampfer aus den üblichen öligen Lösungen schlecht resorbiert wird. Leo schlug daher schon vor langem venöse Injektionen von wässeriger gesättigter Kampferlösung (1:500) vor, doch konnte sich das Verfahren wegen der großen Flüssigkeitsmenge und der immerhin notwendigen Apparatur nicht einbürgern. Das neue Präparat Camphogen (in Ampullen zu 1 cm^3 im Handel) stellt eine wässerige Lösung dar von 2% Kampfer, 25% Azetdiäthylamid und 15% Natriumsalizylat. Das Mittel eignet sich daher gut zur venösen Injektion, die subkutane Einspritzung ist schmerzhaft. Holm (Krankenh. St. Georg in Hamburg) berichtet über sehr günstige Erfahrungen bei Myodegeneratio, Pneumonie, Angina pectoris, Sepsis und Vergiftungen. Die venös injizierte Dosis beträgt 1 bis 3 cm^3 und kann bei Bedarf nach einigen Stunden wiederholt werden. Für den Praktiker, der nicht in der Nähe eines Schwerkranken wohnt, eignet sich zur Bekämpfung der akuten Herzschwäche die venöse Camphogeninjektion mit nachfolgender muskulärer Injektion von Oleum camphoratum, welches sehr langsam resorbiert wird und daher als „Kampferdepot" wirkt. — Erzeuger: C. H. Böhringer's Sohn in Ingelheim. (Klin. Wschr. Nr. 8, 1925.)

Jodonascin wird von Puppel (Jena) für die Behandlung des fieberhaften Abortes sehr warm empfohlen. Je nach den Verhältnissen wird vor oder nach der Ausräumung eine Uterusspülung mit Jodonascinlösung gemacht, und außerdem werden 10 cm^3 Jodonascin intravenös injiziert. Das Fieber fällt meist prompt ab. Von sieben Fällen war nur in einem, der offenbar zu spät sich in Behandlung begeben hatte, der Exitus an Pyämie nicht aufzuhalten. — Erzeuger: Chemische Fabrik Braun in Melsungen. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 9, 1925.)

Notizen.

Kongresse und Tagungen.

3. bis 6. Juni 1925: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Wien.

4. bis 7. Juni 1925: Tag des deutschen Bäderwesens in Karlsruhe.

6. bis 7. Juni 1925: L. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden.

22. bis 27. Juli 1925: Internationaler Kongreß für Geschichte der Medizin in London.

3. bis 5. August 1925: Versammlung der Deutschen ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg.

1. bis 2. September 1925: Versammlung des Deutschen Vereines für Psychiatrie in Kassel.

7. bis 11. September 1925: Internat. Unfallkongreß in Amsterdam.

14. bis 16. September 1925: XX. Orthopädenkongreß in Hannover.

14. bis 27. September 1925: XVIII. Internationaler Fortbildungskursus der Wiener medizinischen Fakultät über die wichtigsten medizinischen

Zeitfragen mit besonderer Berücksichtigung der Therapie (Landärztekurs) [mit einer Seminarwoche vom 28. September bis inklusive 3. Oktober].

20. bis 26. September 1925: Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Karlsbad.

30. September bis 3. Oktober 1925: V. Tagung für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Wien.

November bis Dezember 1925: XIX. Internationaler Fortbildungskursus der Wiener medizinischen Fakultät über Dermatologie und Syphilis.

Die Hygiene-Ausstellung in Wien wurde am 28. April eröffnet und dauert bis Ende Juni dieses Jahres. — Sie ist wohl eine der größten und sehenswertesten Unternehmungen auf diesem Gebiete. In der Abteilung „Der Mensch" sind Modelle mit wirklich durch die Gefäße strömender roter Flüssigkeit, ganz durchsichtige anatomische Präparate, embryologisches und natürlich reichlich statistisches Material. Eine eigene Abteilung behandelt die Lebensmittel, eine weitere „den modernen Haushalt" usw. — Die Ausstellung bringt auch dem Fachmann unendlich viel Interessantes und Lerhrreiches.

Gute Bücher.

Die Doktorschule von Max Nassauer. Verlag der „Ärztlichen Rundschau", Otto Gmelin, München 1925. „Die hohe Schule für Ärzte und Kranke" nennt Verfasser das amüsante, aber ernst zu nehmende Büchlein. Geschickt und mit kluger Beobachtungsgabe sind einzelne Momentbilder aus der ärztlichen Praxis festgehalten, die das richtige und unrichtige Verhältnis zwischen Arzt und Patient illustrieren, den Arzt als Lohnsklaven der Krankenkassen schildern, gegen deren nivellierende und absorbierende Macht Verfasser zum Kampfe aufruft. „Den Kassen die Brust, unsere Herzen den Kranken." Dem gegenübergestellt ist der routinierte Praktiker, dem die Kenntnis und Ausnützung menschlicher Schwächen den materiellen Aufstieg leicht macht. Jedenfalls ist diesem wertvollen Büchlein, das mehr gibt als eine Unterhaltungslektüre, die weiteste Verbreitung zu wünschen.

W. Kühl: „Handbuch der Narkose und der Vorbereitung von Operationen", Hamburg, 1922. — Das von uns schon seinerzeit besprochene, für den Praktiker äußerst empfehlenswerte Werkchen (272 Seiten mit Abbildungen) kann vom Verlage der „Ars Medici" zum Preise von Goldmark 2.— bezogen werden, dazu das Porto.

Mitteilungen des Verlages.

Die „Ars Medici" kostet für das Jahr 1925 ganzjährig, portofrei, im vorhinein zahlbar: österr. S 7.—, Mark 5.—, tsch. *K* 36.—, ungarische *K* 80.000.—, Zloty 6.—, Lire 30.—, Dinar 90.—, Lei 250.—, schweiz. Franken 8.—, franz. Franken 25.—, schwed. *K* 6.—, dän. *K* 8.—, norw. *K* 10.—, holl. fl. 4.—, Dollar 1.50, Shilling 6.—, finn. Mark 60.—, Lewa 200.—, estl. Mark 500.—, Lett. Rubel 400.—, Litu 15.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1924, soweit vorrätig) zu obigen Preisen mit 10% Zuschlag, dazu das Porto.

☛ Sämtliche Jahrgänge der „Ars Medici" stellen ein übersichtliches Nachschlagewerk über alle Fortschritte der Medizin von großem praktischen Werte dar. Sie bilden „eine wahre Fundgrube" des praktischen Wissens und sollten in der Bibliothek keines Arztes fehlen.

Omnadin

(Immun-Vollvakzine Much)

Zur unspezifischen Reizbehandlung.

Die kraftvolle Anregung all seiner verfügbaren biologischen Abwehrkräfte durch OMNADIN befähigt den Oiganismus zur raschen, erfolgreichen Überwindung von Erkrankungen aller Art.

Anwendungsgebiet: Namentlich akute und sub akute Infektionen wie **septische Aborte, Puerperalfieber, Grippe, Grippe- und Broncho-Pneumonien, Grippe-Encephalitis, Sepsis, Erysipel, Peritonitis u. a.** Ferner als Aktivator jeder spezifischen Behandlung.

Dosierung: 2 ccm intramuskulär. Wiederholung nach Bedarf ohne anaphylaktische noch sonstige Nebenerscheinungen.

Originalpackungen: 1, 3, 12, 50 und 100 Ampullen zu je 2 ccm.



Dr. Ing. Robert Heisler / chemische Fabrik Chrast bei Chrudim

Isoneurin

Dr. Heisler

(Bromisovalerylharnstoff)

Hervorragendes, selbst bei Dauergebrauch völlig harmloses **Nervenberuhigungs- und Schlaf-Mittel.**

Kein Hypnotikum, bewirkt durch doppelt verstärkte Baldriangruppe Ruhigstellung des Nervensystems.

Dosis: 3—4 mal täglich 1—2 Tabletten à 0·3 g, oder 3—4 Tabletten abends (Schlafmittel).

Haemolutin

Dr. Heisler

(Corpus-luteum-Hormone lipoidfrei.)

Specificum gegen die Hyperemesis und verwandte präeklampt. Toxämien der Schwangerschaft

Phyalismus, Appetitlosigkeit, Emesis, Ohnmachten etc.

(Erprobt an der Univ.-Frauenklinik Prof. Müller, Bratislava).

Dosis: Täglich 1—2 Amp. à 1 ccm subk., ev. steigende Dosen, pro Kur 8—15 Injektionen. Gleichzeitig Tab. Corporis lutei Dr. Heisler (6 Stück pro Tag). Weitere Ind. Amenorrhoea, klimakt. Ausfallersch.

Dosis: 1—2 ccm tägl. subk. 3—5 Tage vor der Periode beginnen. Gleichz. Haemolutintabl. (6 pro die.)

Jodisol

Dr. Heisler

(Jodvalerylcarbamid)

Empfehlenswertes org. Präparat für anhaltende

Jodtherapie.

Gute Verträglichkeit, hoher Jodgehalt (47%), sedative Wirkung, keine Magenstörungen, kein Jodismus.

Dosis: 2 bis 3 mal täglich 1 Tablette à 0·3 g nach dem Essen.


AFUMIX

ARS MEDICI

Wien, am 15. Juni 1925.

Interne Medizin.

Argochrom rektal.

Das bei Sepsis, fieberhaftem Abort, Gelenksrheumatismus, Perikarditis usw. bewährte Silberpräparat Argochrom ist bekanntlich venös einzuverleiben. Wo dies nicht möglich ist, wirkt auch die rektale Applikation ziemlich energisch, wie Spiegelberg (Insel Poel in Mecklenburg) berichtet. Um die leichte Reizwirkung zu vermeiden, mischt man den Inhalt einer Ampulle (0.1 bis 0.2 g Argochrom) in der Spritze mit etwa doppelt so viel warmer Milch oder Mehlsuppe und injiziert die Mischung ohne Reinigungsklysma. Daß das Argochrom vom Rektum aus in den Kreislauf gelangt, beweist die tagelang anhaltende starke Blaufärbung des Urins, die schließlich auch suggestiv günstig wirkt. Bei mehreren Abortusfällen und bei Kindern mit Osteomyelitis und mit Gelenksrheumatismus hatte Verfasser schöne Erfolge. Bei Gelenksrheumatismus, Pyelitis und Grippepneumonie von Erwachsenen war die Wirkung weniger deutlich; hier dürften vielleicht größere Dosen als 0.1 bis 0.2 g Argochrom notwendig sein. (D. m. W. Nr. 16, 1925.)

Zur Behandlung der chronischen Malaria.

Nach Prof. A. Plehn (Dir. d. int. Abt. des Urban-Krankenhauses in Berlin) sind bei Tertiana in Deutschland je 1.2 g Chinin an zwei aufeinanderfolgenden Tagen und noch 0.6 am dritten Tag (zusammen also 3 g) zur endgültigen Heilung ausreichend. Auch bei frischer Tropika schwinden danach fast immer Fieber und Parasiten, wenn auch oft erst nach einigen Tagen, doch treten später gewöhnlich Rezidive auf, die aber auf die gleiche Therapie ebenso rasch schwinden. Zur Rezidivprophylaxe genügt ½ g an jedem fünften Tag fast stets; nur ausnahmsweise ist auch am sechsten Tag je ½ g erforderlich. Größere Dosen sind unzweckmäßig, da sie die durch das Leiden geschädigten Verdauungsorgane alterieren und auch nicht völlig resorbiert werden. Hingegen ist es sehr wichtig, das Chinin muskulär zu geben, da es sonst zum großen Teile in der Leber abgebaut und wirkungslos wird. Hiezu genügt vollständig das unverdünnte 50%ige Chin. bimuriat. Verwendet man Pulver oder Tabletten, so müssen diese im Wasser leicht zerfallen und sich lösen. Die Rezidivprophylaxe ist zur Sicherheit durch sechs Monate nach dem letzten Fieberanfall fortzusetzen. Jedenfalls höre man nicht früher auf, bis sämtliche Symptome (Urobilinurie!) völlig geschwunden sind. Nur die Milzschwellung kann jahrelang palpabel bleiben und die Fortsetzung der Injektionen erfordern. Der häufige Fehler des Häufens und Vergrößerns der Chiningaben, wenn der Erfolg nicht gleich befriedigt, kann in extremen Fällen zum Chininfieber führen, das beim Aussetzen des Chinins sofort schwindet. Sollte dann wieder ein Rückfall auftreten, so behandelt man diesen nach obigen Grundsätzen.

Das Neosalvarsan wirkt nur auf die größeren Tertianaparasiten ein, die auf 0.3 venös nach vier Stunden restlos schwinden. Das Chinin vernichtet hingegen zunächst die jungen Parasiten. Beide Mittel ergänzen

sich somit. Leider ist aber das Salvarsan gegen die kleinen Tropikaparasiten völlig wirkungslos. — Das Methylenblau wirkt nur unzuverlässig und schwach. Sehr günstig auf das Allgemeinbefinden wirken subkutane Arsenkuren, am besten mit Sol. Kalii arsen. (in der sogenannten Ziemssen-Lösung), oder Natr.-Kakodylat, Solarson, Astonin. Auch sind Regelung der Lebensweise, vorsichtige salinische Thermalkuren und eventuell Höhenaufenthalt empfehlenswert. Da jedoch jeder Klimawechsel Rückfälle auslösen kann, ist hiebei die Rezidivprophylaxe sorgfältig und verstärkt durchzuführen. Das Latenterhalten einer chronischen Malaria führt am sichersten zur Heilung. Daher sind auch alle Provokationsversuche abzulehnen. Auch ist vor längeren Bahnfahrten zu warnen, da die rhythmische Erschütterung auf ungepolsterten Sitzen die Parasiten mobilisieren kann. (Die Ther. d. Gegenw., H. 3, 1925.)

Eigenblutinjektionen bei schwerem Diabetes

sah C. Funck (Köln) wiederholt erfolgreich (18 Fälle). Die Pat. wurden gleichmäßig auf eine Grundkost von 80 g Eiweiß (davon zirka 50 g animalisch) und 150 g Schwarzbrot oder Äquivalent gesetzt und erhielten alle drei bis fünf Tage 10 cm³ „altdefibriniertes" Eigenblut venös. (M. Kl. Nr. 14, 1925.)

Die essentielle Hypertonie

ist nach Kylin (Eksjö, Schweden) keine Krankheit, sondern nur ein Symptom (unter vielen anderen) für eine Störung im vegetativen System. Die essentielle Hypertonie ist nicht eine abgrenzbare Krankheit, sondern umfaßt nur diejenigen Fälle der fraglichen Störungen, die zu Vasolabilität führen. Hat ein anderes Symptom der Störung im vegetativen System das Übergewicht, so kommt es zu Asthma, Migräne usw. Nicht genügend beachtet wurde von den früheren Autoren, daß zur Ätiologie der essentiellen Hypertonie auch Verschiebungen in der Ionenkonstellation gehören, und zwar wahrscheinlich zugunsten der Kaliumionen und zu ungunsten der Kalziumionen. — Die Therapie besteht in: 1. Ruhekuren. 2. Sedativen Medikamenten. Und 3. Maßnahmen, die direkt geeignet sind, eine Verschiebung in der Elektrolytkonstellation zu bewirken. Ad 1. Die Ruhekuren werden durch salz- und stickstoffarme Kost unterstützt („Ars Medici" 1923, S. 310). Ad 2. Die Verwendung von Brom und anderen Sedativa wurde besonders von der Klinik Kraus (Berlin) empfohlen („Ars Medici" 1924, S. 483) und hat gute Resultate ergeben. Ad 3. Zur Regulierung der Elektrolytenkonstellation hat man einerseits die unspezifische Reiztherapie (Schwefel-, Milchinjektionen usw.) empfohlen und anderseits die Kalziumbehandlung. Mit der Proteintherapie sind unstreitig beträchtliche Blutdrucksenkungen zu erzielen (vgl. „Ars Medici" 1924, S. 147). Die früher empfohlene Dekapsulation der Niere wirkt wahrscheinlich in derselben Weise. Ebenso ist die Entstehung starker Blutdrucksenkungen bei interkurrenten fieberhaften Erkrankungen zu erklären. — Die Kalziumtherapie ist direkt imstande, eine umstürzende Veränderung der Tonusverhältnisse im vegetativen System hervorzurufen. Das Übergewicht des Kalium-Vagus-Systems bei der essentiellen Hypertonie wird durch vermehrte Kalziumzufuhr aufgehoben. Verfasser bevorzugt die Kalk-Atropinbehandlung („Ars Medici" 1924, S. 483), andere Autoren sahen gute Erfolge von Kalzium-Diuretin. Vielleicht wirkt die seit langem bei diesen Krankheitszuständen empfohlene laktovegetabile Diät vorwiegend als Kalktherapie, da Milch und Gemüse bekanntlich kalkreich sind. Auch die oben besprochene Einschränkung der Salzzufuhr gehört hieher, da nach Untersuchungen von Falta und seinen Mitarbeitern ver-

mehrte Kochsalzzufuhr blutdrucksteigernd, verminderte Kochsalzzufuhr blutdrucksenkend wirkt. Es mag sein, daß hiebei der Gegensatz zwischen einfach- und doppeltgeladenen Ionen von entscheidender Bedeutung ist. (Klin. Wschr. Nr. 17, 1925.)

Die therapeutische Verwendung von Hochfrequenzströmen.

Von Prof. L. Mann (Breslau).

Der französische Physiologie d'Arsonval hat im Jahre 1892 die Hochfrequenzströme in die Therapie eingeführt. Aber erst in der neuesten Zeit findet das Verfahren weitere Verbreitung, besonders seit die alte umfangreiche und kostspielige Arsonvalsche Installation durch kleine, handliche und billige Apparate ersetzt werden kann, die unter den verschiedensten Namen in den Handel kommen, wie Invictus, Vio, Radiostar, Radiolux, Radior, Norisan, Horus usw.

Die Hochfrequenzströme sind Wechselströme von sehr hoher Frequenz und sehr hoher Spannung. Während beim faradischen und Sinusstrom die Stromrichtung etwa 100mal in der Sekunde wechselt, die einzelne Stromphase also etwa $^1/_{100}$ Sekunde dauert, wird beim Holzfrequenzstrom die Frequenz der Oszillationen bis zu einer Million pro Sekunde getrieben. Dadurch ist es auch möglich, hier Spannungen von vielen Tausend Volt zu verwenden, da bei der Kürze der Einwirkung der Strom trotz seiner hohen Spannung keine Gewebszerstörungen setzen kann. Bei dem ursprünglichen Arsonvalschen Verfahren wurde der hochfrequente Strom in den über mannshohen sogenannten „Käfig" geleitet, in welchen der Patient gesetzt wurde. Die hier ohne Berührung des Eisenkäfigs in den Körper übergehenden Ströme kommen überhaupt nicht zur Empfindung. Die Arsonvalisation wurde gegen Gicht, Diabetes, Fettleibigkeit, Steinbildungen und Infektionen empfohlen. Ihre tatsächliche Wirkung scheint aber nur eine schlafbefördernde und vielleicht auch eine blutdruckherabsetzende zu sein. Diese „allgemeine Hochfrequenzbehandlung" wird jedoch wegen der hohen Kosten der Apparatur wenig geübt, sondern es hat sich die „lokale Hochfrequenzbehandlung" mit den oben erwähnten kleinen Apparaten eingebürgert. Die lokale Applikation erfolgt nun entweder (seltener) direkt mittels metallischer oder feucht überzogener Elektroden oder (meist) mittels sogenannter Kondensatorelektroden. Diese bestehen aus einer nichtleitenden Substanz (gewöhnlich Glas) und enthalten in ihrem Innern entweder Graphit oder verdünnte Luft (Vakuumelektroden). Letztere zeigen beim Gebrauch ein intensives, blaurotes Aufleuchten nach der Art der Geißlerschen Röhren. Die Applikation geschieht meist unipolar, das heißt nur von dem einen Ende der Spirale; die Verwendung einer zweiten, von dem anderen Ende der Spirale abgeleiteten Elektrode ist bei der hohen Spannung meist überflüssig, wird aber gelegentlich, etwa in Form einer Metallstange, verwendet. Eine weitere Anwendungsform ist die der sogenannten Effluvien: wenn man eine aus feinen Metallspitzen in Pinsel- oder Bürstenform bestehende Elektrode verwendet, so strömt aus dieser die hochgespannte Elektrizität in Form eines auf weite Entfernung fühlbaren Hauches aus unter lebhaften Lichtwirkungen und reichlicher Ozonentwicklung. Diese Anwendungsform ist jedoch nur mit den großen Apparaten möglich.

Die physiologische Wirkung der Hochfrequenzströme besteht in Erzeugung von Wärme und in Hautreizung. Setzt man die oben geschilderte, allgemein gebräuchliche Glaselektrode auf eine Körperstelle fest auf, so hat man keinerlei elektrische Empfindung, sondern spürt nur zunehmende Wärme. Diese Wärme wird aber nicht, wie bei einer gewöhnlichen thermischen Prozedur, von außen zugeführt, sondern entsteht im

Gewebe selbst. Entfernt man nun die Elektrode ein wenig von der Haut, so springen mehr oder weniger kräftige Funken über, welche eine leicht schmerzhafte sensible Erregung und auch eine vasomotorische Wirkung verursachen: die Haut wird zunächst blaß und dann für meist längere Zeit gerötet. Das Anwendungsgebiet der lokalen Hochfrequenzbehandlung wird sich also auf alle die Affektionnen erstrecken, bei denen Applikation von Wärme und von Hautreizen angezeigt ist. Doch bedient man sich zur Durchwärmung besser der Diathermie (siehe unten), und es bleibt als hauptsächlichste Wirkung der lokalen Hochfrequenzbehandlung die eines sehr gut abstufbaren Hautreizes. Der Hautreiz läßt sich dosieren einmal mittels einer Vorrichtung, die auch an den kleinsten Apparaten angebracht ist, wodurch sich die Höhe der Spannung und damit die Energie der Funken abstufen läßt. Außerdem kann man die Stärke der Funken durch mehr oder weniger weites Abheben von der Hautoberfläche regulieren. Man kann also beliebige Hautflächen durch Bestreichen mit der Elektrode einem Hautreiz von verschiedener Stärke aussetzen. Die Wirkung eines solchen Hautreizes ist bei schwacher Dosierung eine beruhigende, bei stärkerer eine erregende. Die lokale Hochfrequenzbehandlung ist danach angezeigt

1. Als beruhigendes Mittel bei Juckreiz, Parästhesien, neuralgiformen Schmerzen und Hyperästhesien der Haut. Hier ist die Elektrode fest aufzusetzen oder nur ganz wenig abzuheben, so daß nur etwas Wärmeentwicklung oder höchstens eine ganz schwache sensible Reizung zu spüren ist (eventuell Anwendung von Effluvien).

2. Bei neuralgischen Schmerzen des Ischias, des Plexus brachialis usw. — Hier ist durch stärkere Reizung mit Funkenübertragung eine „Ableitung" des tiefen Schmerzes auf die Haut zu versuchen. Ist aber die Haut selbst hyperästhetisch (Versuch mit Nadel), so kommen die beruhigenden leichten Applikationen in Betracht. Dies ist besonders bei der Trigeminusneuralgie oft der Fall. Bei Tabes wirkt die kräftige Reizung an den meist anästhetischen Beinen und am Rücken (in der Höhe der affizierten Wurzeln) meist günstig. Ist aber die Haut des Tabikers hyperästhetisch, so verträgt sie auch nicht die mildesten Prozeduren.

3. Bei vasomotorischen Neurosen, wie lokaler Asphyxie und Erythromelalgie. Hier wirkt mäßige Hautreizung im Verein mit der erzeugten Wärme zirkulationsfördernd. Während des Anfalles selbst ist aber auch die mildeste Behandlung kontraindiziert.

4. Bei Neurasthenie und Schwächezuständen fühlen sich die Kranken nach Bestreichen der Extremitäten und des Rückens mit der Kondensatorelektrode unter leichtem Funkenübergang angeregt und gekräftigt. wahrscheinlich infolge Hebung der Zirkulation.

5. Ebenso kann man bei funktionellen Störungen innerer Organe (Herzneurosen, Magenneurosen usw.) die ableitende und zirkulationsregulierende Wirkung der Hochfrequenzströme versuchen.

Bei Hautkrankheiten und besonders beim Haarausfall (kammartige Glaselektroden) wird die Hochfrequenztherapie empfohlen. Eine Wirkung auf die Zirkulation und die Vasomotoren der Haut ist gewiß nicht auszuschl[illegible]n. Schließlich wurden auch Schleimhautaffektionen (Hämor- [illegible]ra ani. Scheidenkatarrhe) als Indikation angegeben und ent- [illegible]n die Körperhöhlen einzuführende Glaselektroden konstruiert.

[illegible]athermie beruht ebenfalls auf der Erzeugung von sehr [illegible]ischen Oszillationen mittels des elektrischen Funkens. Beim [illegible]pparat wird durch den Funken die Luftstrecke erwärmt, die [illegible]eitungsfähig gemacht, und infolgedessen klingen die elek-

trischen Schwingungen schnell ab; sie werden „gedämpft". Dagegen wird beim Diathermieapparat eine „Löschfunkenstrecke" angewandt, bei der großflächige Konduktoren durch eine Mikrometerschraube bis auf Bruchteile eines Millimeters einander genähert werden können. Durch eine Kühlvorrichtung wird die zwischenliegende Luftschicht leitungsunfähig erhalten und die elektrischen Schwingungen sind daher nicht oder nur wenig „gedämpft". Die Spannung ist hiebei geringer als bei Hochfrequenzanwendung, die Intensität aber höher (1 bis 3 Ampère). Es werden also große Elektrizitätsmengen in Bewegung gesetzt, die bei ihrer Umwandlung in Joulesche Wärme starke Erhitzung ergeben. Diese kann (im Tierexperiment) bis zu tötlicher Hyperthermie getrieben werden. Während der Hochfrequenzapparat vorwiegend hautreizend und nur ganz wenig durch Erwärmung wirkt, ist die Wirkung der Diathermie rein thermisch; es wird keinerlei elektrische Reizung empfunden. Die zwischen den Elektroden gelegenen Gewebsschichten werden bis in die Tiefe erwärmt, wie das mit keiner äußerlichen Wärmezufuhr erzielt werden kann, und je nach Art der Anordnung kann sogar die allgemeine Körpertemperatur gesteigert werden. Der Erfolg der Erwärmung der Gewebe ist eine kräftige Hyperämie, eine beruhigende Wirkung der Wärme auf das Nervensystem und vielleicht auch eine Abtötung von Bakterien (besonders Gonokokken gegenüber). Daraus ergeben sich die bekannten zahlreichen Indikationen der Diathermie. (D. m. W. Nr. 14, 1925.)

Kampfer peroral.

Im Tierversuch fand Ming (Basel) die Wirkung verschiedener Kampferemulsionen stärker als die des Kampferöls. Das Oleum camphoratum ist infolge seiner schlechten Resorbierbarkeit und der festen Bindung des Kampfers an das Öl ein unzweckmäßiges Präparat. Verfasser empfiehlt daher die früher übliche Darreichung des Kampfers per os, da er von der Schleimhaut des Verdauungstraktes gut und rasch resorbiert wird. (Schweiz. m. Wschr. Nr. 11, 1925.)

Leukotropin — Heilerfolge.

Das Atophan hat eine harnsäuretreibende, aber auch eine starke antiphlogistische Wirkung. Da Athophan bei peroraler Applikation häufig Magendarmbeschwerden verursacht, führte B. Mendel (III. Med. Klinik, Berlin) im Jahre 1922 ein Präparat derselben Gruppe, die Phenylcinchoninsäure, das „Leukotropin", in die Therapie ein, welches intravenös anzuwenden ist (vgl. „Ars Medici" 1922, S. 391 und 1923, S. 122). Die Dosis für einen Erwachsenen ist 10 cm³. die Ampullen mit 5 cm³ (Chem. Fabrik Dr. E. Silten, Berlin NW. 6) sind für Kinder bis zu etwa zwölf Jahren bestimmt. Innerhalb 24 Stunden können beim Erwachsenen ohne Bedenken 20 cm³ injiziert werden. Monatelang fortgesetzte tägliche Einspritzung von je 10 cm³ führte zu keiner Schädigung, nur hie und da traten Hautjucken und Urtikaria auf, die ohne Behandlung in 24 Stunden (nach Atropin subkutan oder Kalk venös schon nach einigen Minuten) verschwanden.

In den Indikationsbereich des Leukotropin fallen zunächst alle akuten Entzündungen, worüber bereits zahlreiche Publikationen vorliegen. Akute nässende Ekzeme, auch solche mit Schuppen- und Krustenbildung, heilen unter Leukotropin- und folgender indifferenter Salbenbehandlung. Bei akuter Rhinitis weicht der Kopfschmerz und die Sekretion läßt nach. Ebenso wurden auffallende Erfolge bei Angina, Laryngitis und Otitis media („Ars Medici" 1923, S. 122) berichtet. Akute und subakute Bronchitiden reagieren gut auf Leukotropin, doch

ist das Mittel bei Asthma oder Asthmadisposition streng zu meiden. Sekundäre Bronchitis bei Masern und Keuchhusten, fötide Bronchitis, Lungengangrän und Grippepneumonien wurden außerordentlich günstig beeinflußt. So schreibt Prof. Zuelzer, daß bei Grippepneumonie ausgezeichnete Wirkung erzielt wurde und nach fast jeder Darreichung von 10 cm³ Temperaturen von 40° bald auf die Norm reduziert wurden.

Am meisten eingebürgert hat sich die Leukotropinbehandlung bei allen akuten und subakuten Entzündungen der Gelenke, Muskeln und Nerven. Der akute Gichtanfall wird kupiert. Bei der Polyarthritis rheumatica wird man zunächst große Salizyldosen oral verordnen und erst beim Versagen des Salizyls (Rezidive bei lang sich hinziehendem Rheumatismus, monartikulärer Rheumatismus) zum Leukotropin greifen. Bei Ischias werden verblüffende Erfolge erzielt.

Brahn war der erste, der über erfolgreiche Anwendung des Leukotropins auch bei chronischen Erkrankungen berichtete, und zwar bei chronischer Ischias, Arthritis chronica rheumatica und Arthritis deformans. Er kombinierte das Leukotropin in der Mischspritze mit Fibrolysin (8 cm³ Leukotropin + 2 cm³ Fibrolysin) und wandte zugleich lokal Diathermie an. Bei chronischer Gicht zeigten sich keine Erfolge, wohl aber bei Arthritis deformans und der aus einem chronischen Gelenksrheumatismus allmählich entstandenen Arthritis ankylopoetica. So wurde z. B. ein Fall von einem ein Jahr lang bestehenden chronischen Rheumatismus der Rückenmuskulatur mit Versteifung des Lendenteils des Rückens, in dem von autoritativer Seite Strümpell-Bechterewsche Krankheit diagnostiziert worden war, zur Heilung gebracht. Vor allem wird in dieser Gruppe durch die Leukotropininjektion für Stunden der Schmerz beseitigt, und es kann diese Zeit für Massage und passive Bewegungen ausgenützt werden. Gerade aus diesem Grunde hat Verfasser bei besonders schmerzhaften Erkrankungen noch Attritin (ein Salizyl-Koffeinpräparat) hinzugefügt und injiziert also bei schweren chronischen Gelenkserkrankungen venös: Leukotropin 5 cm³, Attritin 3 cm³, Fibrolysin 2 cm³. — Vor der in der letzten Zeit für chronische Gelenkserkrankungen empfohlenen Proteinkörpertherapie (Schwefelöl usw.) hat die Leukotropinbehandlung den Vorzug, daß die schweren Allgemeinreaktionen vermieden werden. In manchen besonders hartnäckigen Fällen hat aber Verfasser doch das Leukotropin venös mit intramuskulären Injektionen von „Schwefeldiasporal" (Fabrik Volkmar Klopfer) mit gutem Erfolge kombiniert.

Neben der antiphlogistischen und analgesierenden hat die Leukotropinbehandlung auch eine allgemein kalmierende Wirkung. Lieschke spricht von einer „Euphorie" nach der Injektion; Starkenstein und Wiechowski fanden eine Herabsetzung der zentralen Erregbarkeit. Hierauf beruhen die günstigen Erfolge der Leukotropinbehandlung bei Muskelspasmen, bei multipler Sklerose, Kontrakturen nach Apoplexien und beim postenzephalitischen Parkinsonismus. Auch hier soll die kalmierende Wirkung des Leukotropins, die etwa eine halbe Stunde nach der Injektion ihren Höhepunkt erreicht, zu in diesem Moment einsetzender geeigneter Übungstherapie ausgenützt werden. (D. m. W. Nr. 17, 1925.)

J. Bamberger (Kissingen) berichtet ebenfalls über eigene, sehr günstige Erfahrungen mit Leuktotropin, insbesondere bei Stirnhöhlenkatarrhen, bei den quälenden Schmerzen des Tonsillarabszesses und bei nässendem Ekzem. Ein Fall von Stirnhöhlenkatarrh betraf einen Erwachsenen (zweimal je 10 cm³ Leukotropin), der zweite ein neunjähriges Mädchen, welches am ersten Tage 3 cm³ Leukotropin venös, am zweiten und dritten Tage je 5 cm³ erhielt. Beide Patienten

bekamen die Injektionen in der Sprechstunde, gingen zu Fuß nach Hause und hatten keinerlei üble Nachwirkungen. Beim Tonsillarabszeß war die Wirkung schon nach der ersten Leukotropininjektion geradezu eine wunderbare; nach einer halben Stunde konnte der Patient fast unbehindert schlucken, am Abend desselben Tages wurde die Kiefersperre geringer und ließ die Salivation nach; nach der zweiten Injektion am folgenden Tage schwanden Fieber und Krankheitsgefühl. (W. m. W. Nr. 14, 1925.)

Erkrankungen des Pankreas.

Von Prof. G. Katsch (Frankfurt a. M.).

Diagnose. Jede sonst unerklärliche Neigung zu Durchfällen ist auf Funktionsstörungen des Pankreas (P.) suspekt. Ausgeprägte P.-Stühle (massig, fettreich, oft makroskopischer Fettbelag, Fleischfetzen enthaltend) sichern ohneweiters die Diagnose. Der P.-Schmerz sitzt tief im Epigastrium (Solarpunkt) und strahlt nach links aus, in die Gegend des Rippenbogens, der Niere, der Milz, der Hüfte, l. Schulter usw., woselbst er sogar stärker empfunden werden kann als im Oberbauch. Namentlich bei Gallensteinkranken ist an P.-Schmerz zu denken, wenn diese Linksausstrahlungen prävalieren. Ein wichtiges objektives Zeichen für P.-Schmerz ist eine hyperalgetische Hautzone, die etwa dem linken achten Dorsalsegment entspricht. Ein positiver Palpationsbefund ist selten. Glykosurie ist selten bei Zusammenhang der P.-Erkrankung mit Cholezystitis, häufiger bei Pankreatitis nach Ulkuspenetration, Pankreassklerosen und Karzinom. Grobe Verlegungen des P.-Ausführungsganges (meist Ca) sind durch die Duodenalsonde erkennbar, wenn nach Einspritzung von zweimal je 2 cm³ Äthers in kurzem Intervall innerhalb zehn Minuten nicht wenigstens 20 cm³ P.-Sekret gewonnen wird. Der Äther ist das stärkste Reizmittel für das P., während als wirksamster Reiz zur Expression der Gallenblase 1 cm³ Pituitrin (Parke Davis & Co.) subkutan nach Einführung der Duodenalsonde sich erwiesen hat.

Therapie. Bei schmerzhafter Pankreatitis verordnet man am besten zunächst einige Hungertage (ausschließlich Teediät), hierauf eine leichte, reizarme, knappe Kohlehydratkost ohne tierisches Eiweiß, auch ohne Milch. Von den Pankreaspräparaten sind jene vorzuziehen, die bei saurem Magensaft nicht an Wirksamkeit verlieren (Pankreon, Pankreatin), während bei Achylie der Aziditätsschutz der Präparate nicht ins Gewicht fällt. (Jahresk. f. ärztl. Fortb., III, 1925.)

Hartnäckige Pleuraergüsse — Proteintherapie.

Goldschmidt hat (M. m. W. Nr. 3, 1924) über gute Wirkung der Proteintherapie zur Aufsaugung von Exsudaten berichtet, insbesondere brachte er auch eitrige Douglasexsudate zur Resorption. Tellgmann und Kanellis hatten an der III. Med. Univ.-Klinik in Berlin ebenfalls gute Resultate bei hartnäckigen Pleuraergüssen. Sie injizierten Novoprotin, Yatren-Kasein und Kaseosan intramuskulär. Die Injektion soll immer mäßiges Fieber erzeugen und die Dosis der täglichen bis dreitägigen Injektion allmählich gesteigert werden. Tritt eine Fieberreaktion nicht sofort bei der ersten Injektion auf, so bringe man schnell ansteigende Dosen zur Anwendung. Im ganzen waren zwei bis sechs Injektionen notwendig. Die Aufsaugung des Exsudates ließ sich röntgenologisch gut verfolgen. Außerdem bot die vermehrte Diurese von hohem spezifischen Gewicht einen sichtbaren Beweis für die Resorption. (D. m. W. Nr. 16, 1925.)

Die Zunge bei inneren Erkrankungen.

Von Prof. Josef Wiesel. (Aus den Fortbildungskursen der Wiener med. Fakultät.)

Die tiefrote, fleischige, zerklüftete Lingua plicata oder scrotalis findet man häufig bei Neuropathen, hereditärer Achylie und Cholelithiasis. Die rundlichen, lebhaft roten, weißlichgelb umsäumten Herde der Lingua geographica werden mit exsudativer Diathese in Zusammenhang gebracht. Anderseits findet man bei Konstitutionsanomalien auch ganz glatte, an Papillen arme Zungen, wie man sie auch bei septischen Erkrankungen und perniziöser Anämie (Huntersche Zunge) beobachtet. Trockenheit der Zunge und Parästhesien treten manchmal prämenstruell, namentlich bei jungen Mädchen auf. Während der Gravidität zeigt die Zunge gelegentlich ein akromegaloides Wachstum. Zungenschmerzen können ein Frühzeichen der perniziösen Anämie sein, kommen aber auch bei Infektionskrankheiten vor. Zungentremor tritt manchmal als Frühsymptom von Basedow oder Tetanus auf. Zyanotische Verfärbung der Zungenunterseite (venöse Stauung) ist ein Zeichen beginnender Herzdekompensation (Neusser).

Bekannt sind die Himbeerzunge bei Scharlach und der belagfreie dreieckige Bezirk an der Zungenspitze und den Seitenrändern bei Typhus. Bei Influenza ist die Zungenspitze lebhaft gerötet und (im Gegensatz zum Typhus) gegen Berührung abnorm empfindlich. Bei Infektionskrankheiten und nach Operationen ist das Wiederfeuchtwerden der Zunge ein prognostisch günstiges Merkmal. Bleibt z. B. nach der Krisis einer Pneumonie die Zunge trocken, so ist eine Rezidive oder Komplikation zu erwarten. Desgleichen sind Trockenheit, Glätte und Röte der Zunge bei Endokarditis, Sepsis usw. prognostisch ungünstig (Toxinwirkung auf die Speicheldrüsen). Die Zungenbeläge bei akuten Infektionen sind lediglich Zeichen vernachlässigter Mundpflege. Hingegen ist der dicke, weiße, schwer abstreifbare und ausgedehnte Zungenbelag charakteristisch für die akute Gastritis und Duodenalkatarrh. Hypazide Gastritiden zeigen Belag des hinteren Zungenabschnitts, hyperazide verlaufen belaglos. Bei Urosepsis und chronischen Coli-Infektionen ist die Zunge hochrot, glatt, belagfrei, trocken, längsgefurcht. Auch bei Cholelithiasis ist im Intervall die Zunge belagfrei; im Anfall hingegen starker Belag. Belagfrei, rot, glatt und trocken ist die Zunge meist auch beim Ulcus pepticum, beim Krebs der Gallenblase und des Magens (Zunge schmal, Papillen vorspringend) und ebenso bei Pankreaserkrankungen (Ca.). Bei Blutkrankheiten (akuter Leukämie) sind Hämorrhagien besonders an den Zungenrändern ein häufiges Frühsymptom. Scharf abgegrenzte dunkle Pigmentflecke an der Zunge findet man im Frühstadium von M. Addison und Melanosarkom; Narben, namentlich in der Nähe der Zungenspitze, bei Epilepsie. (Sonderbeil. z. W. kl. W. Nr. 12, 1925.)

Neurologie und Psychiatrie.

Die Entstehung des Exophthalmus

bei der Basedowschen Krankheit ist noch nicht erklärt. Man nahm in der letzten Zeit meist an, daß die Ursache in einer Sympathikusreizung zu suchen sei. Durch Untersuchungen Dozent Unverrichts (II. Med. Univ.-Klinik, Berlin) scheint es gewiß, daß der Exophthalmus durch Ansammlung von Flüssigkeit im retrobulbären Gewebe bedingt ist. Dafür spricht auch

die klinische Erfahrung, daß Schwankungen im Grad des Exophthalmus beobachtet werden, z. B. ein Geringerwerden nach Durchfällen. (Klin. Wschr. Nr. 18, 1925.)

Halsmuskelkrämpfe nach Enzephalitis.

Kolle (Nervenklinik in Jena) beschreibt einen Fall von rhythmischen, zwangsweisen Halsmuskelkrämpfen nach Enzephalitis. Der Kranke wirft zwangsweise ruckartig den Kopf nach rückwärts. Es fanden sich alle charakteristischen Zeichen des Striatumsyndroms, wie sie Förster beschrieben hat: das athetotische Bewegungsspiel in der Ruhe, die Herabsetzung des plastischen, formgebenden Muskeltonus im Momente des Krampfintervalles, die Überdehnbarkeit der Muskeln, die Neigung zu Fixationsspannung, intensive und extensive Reaktions- und Ausdrucksbewegungen mit Neigung zu tonischer Nachdauer und endlich ausgesprochene Mitinnervationen und Mitbewegungen bei willkürlichen Bewegungen und Steigerung der Krampfbewegungen durch sensible oder emotionelle Reize. Der körperliche, neurologische und serologische Befund war normal, ebenso der Augenhintergrund; es fanden sich keine Pyramidenzeichen. Ein etwas kindliches Allgemeinverhalten des Kranken erklärt sich als ein Teil der bekannten postenzephalitischen Charakterveränderungen.

Diese Beobachtung ist darum von Wichtigkeit, weil sie ein neues Licht auf die bisher meist als psychogen aufgefaßten Tic-Erkrankungen wirft. Von französischen Autoren stammt der Ausspruch: „Jeder Tic-Kranke hat die Psyche eines Kindes.“ Man wird also heute bei Tic-Erkrankungen eher an eine organische als an eine psychogene Ursache denken, insbesondere bei den nicht seltenen isolierten Halsmuskelkrämpfen. Wie leicht kann eine vorhergegangene leichte Enzephalitis übersehen worden sein! (Klin. Wschr. Nr. 19, 1925.)

Die Behandlung der Hyperthyreosen

einschließlich Basedow und Jodbasedow bespricht Prof. Friedr. Müller (II. med. Univ.-Klinik, München). Am wichtigsten sind körperliche und geistige Ruhe, Freiluftliegekuren, namentlich in höheren Gebirgslagen (zirka 1000 m — Ref.), vorsichtige Hydrotherapie, Kälteeinwirkung auf Schilddrüse und Herzgegend und sonstige Maßnahmen, die die Wärmeabgabe fördern (entsprechende Kleidung usw.). Medikamentös bewähren sich neben den üblichen Beruhigungsmitteln vor allem das Chinin und Arsenkuren. Seeaufenthalt ist meist ungünstig. In schweren, insbesondere akuten Fällen wirkt die operative Verkleinerung der Schilddrüse am besten, die freilich manchmal schrittweise ergänzt werden muß. Eine sofortige Kropfreduktion auf ein Fünftel bis ein Sechstel nach amerikanischen Chirurgen ist unratsam, da man bei kranken Schilddrüsen nicht wissen kann, ob der zurückgelassene Teil funktionstüchtig ist. In akuten Fällen kann die Operation geradezu lebensrettend wirken, doch ist womöglich eine gewisse Vorbereitungszeit (Bettruhe, Chinin, Kälteapplikation) einzuhalten. Die Röntgenbestrahlung der Kröpfe ist nur in jenen Fällen zu empfehlen, wo wegen des Zustandes des Herzens, des Alters oder Allgemeinbefindens nicht mehr operiert werden kann; denn die Röntgenstrahlen verursachen meist eine derartige Vaskularisation der Schilddrüsenkapsel, daß eine schließlich doch notwendige Operation bedeutend erschwert wird. Die Jodbehandlung der Hyperthyreosen ist bedenklich, da auch einer eventuellen Besserung und Euphorie nach einigen Wochen ein schwerer Niederbruch folgen kann; bei Komplikation mit Lungentbc. ist sie jedenfalls kontraindiziert. Die Gefahr des Jodbasedow ist namentlich

bei älteren Leuten groß. Auch die planlose Jodtherapie der Aortenlues, Hypertension, Arteriosklerose und Fettsucht hat schon viel Unglück angerichtet. (Die Ther. d. Gegenw., H. 3., 1925.)

Morphinismus — Behandlung.

Hudovernig gibt aus dem St. Johann-Krankenhaus in Budapest eine Übersicht über die Erfolge seiner Entziehungskuren bei 73 Fällen. Er teilt sie ein in Morphiumkranke, welche durch ein schmerzhaftes Leiden zum Alkaloidmißbrauch getrieben wurden, und in diejenigen Morphinisten, welche schwer neuropathische, belastete, minderwertige entartete Individuen darstellen und das Morphin angeblich aus Neugierde, als Stimulans, als Sorgenbrecher o. dgl. regelmäßig einspritzen. Einen Übergang zwischen beiden Gruppen stellen jene Morphiumkranken dar, welche ursprünglich zur ersten Kategorie gehörend, späterhin zur Erzielung körperlichen Wohlbehagens auf den Alkaloidmißbrauch nicht mehr verzichten konnten. Diese strenge Scheidung der Morphiumsüchtigen hat auch für Prognose und Therapie große Bedeutung. Im allgemeinen können die Kranken nur in einer geschlossenen Anstalt entwöhnt und behandelt werden, in welche sie zwangsweise abgegeben werden sollen. Das freiwillige Eintreten gibt keine Gewähr für erfolgreiche Durchführung der Behandlung; ein solcher Kranker kann die Anstalt nach Belieben verlassen und die Entwöhnung wird fraglich. Auf die Dauer der zwangsweisen Internierung wird der Patient (nach ungarischem Gesetz) entmündigt. Die Kuratelverhängung wird bei der Entlassung als „geheilt" administrativ wieder aufgehoben. Besteht nach der Entwöhnung die psychopathische Grundlage jedoch weiter und wird der Kranke ungeheilt entlassen, so kann die Entmündigung definitiv ausgesprochen werden. Bei der Behandlung unterscheidet man zwei Phasen: die Entwöhnung und die Nachbehandlung. Erstere geschieht in der Regel durch sofortige und vollkommene Entziehung des Giftes. Nur wenn die Tagesdosis mehr als 0.5 beträgt, wird die Entziehung auf wenige Tage verteilt. Die sofortige Abstinenz führte nie zu bedrohlichen Erscheinungen; nur subjektiv wurde sie schwer empfunden. Die Patienten müssen anfangs Bettruhe halten, bekommen keine Ersatzmittel, höchstens in den ersten zwei bis drei Tagen täglich zweimal 0.05 bis 0.1 Luminal. In neuerer Zeit kombiniert Verfasser diese Behandlung mit seiner früher (Neurol. Zentralbl. 1915) angegebenen Pilokarpinkur: täglich 0.01 Pilokarpin subkutan bei gleichzeitiger Digitalisverabreichung. Diese Therapie führt in allen Fällen längstens binnen einer Woche zum Schwinden der Abstinenzerscheinungen, nach einer zweiten Woche zum Aufhören des Morphiumhungers. — Ganz anders gestaltet sich die Entwöhnung bei den Morphium k r a n k e n, denen das Gift nur langsam oder gar nicht vollkommen entzogen werden kann. Hingegen muß bei diesen das schmerzhafte Grundleiden energisch behandelt werden. Unter solchen Umständen läßt sich dann manchmal die Tagesdosis auf 0.01 bis 0.03 herunterdrücken. Die lanzinierenden Schmerzen bei Tabes werden bisweilen durch Morphiummißbrauch erst recht gesteigert. Gerade mit Verringerung und allmählichem Weglassen des Morphiums erzielt man dabei in einzelnen Fällen Geringerwerden oder gar Aufhören der Schmerzen, so daß der Kranke mit einfachen antineuralgischen Mitteln auskommt. — Die Nachbehandlung muß sich auf einen längeren Zeitraum erstrecken als die Entwöhnung (zwei bis drei Monate, auch mehr). Sie besteht in körperlicher Roborierung durch reichliche Ernährung, Arsen, Bäder und Herstellung eines entsprechenden Vertrauens zwischen Arzt und Kranken, in der Festigung der Willenskraft des letzteren und in Gewinnung besserer Einsicht, wobei die Mitwirkung der Angehörigen von Wichtigkeit ist (Rééducation

psychique, Seelenorthopädie nach Juarro). Der Erfolg ist gesichert, wenn die psychische Behandlung (und die Behandlung des Grundleidens bei den Morphiumkranken) zum Ziele führt. Bei Imbezillen und seelisch Haltlosen ist der Dauererfolg stets fraglich. Die Hypnose ist nach den bisherigen Erfahrungen nicht angezeigt, da die Stärkung der Willenskraft des Patienten die Hauptsache bleibt. Bei Imbezillen ist die Hypnose zwecklos, bei Neurotischen erschwert sie die Festigkeit des eigenen Wollens. In allen Fällen ist es vorteilhaft, wenn sich die entlassenen Kranken zeitweise für einige Tage einer Nachkontrolle in einer geschlossenen Anstalt unterziehen (vgl. auch „Ars Medici" 1923, S. 87, 131 und 431). (Ztschr. f. d. ges. Neurologie und Psych., Bd. 96, H. 1 bis 3, 1925.)

Einige Indikationen zur Schilddrüsenverabfolgung.

Abgesehen vom klassischen Myxödem und der Kachexia strumipriva hebt Prof. Fr. Müller (II. med. Univ.-Klinik, München) hervor: Bei manchen jungen Frauen wird nach der ersten oder zweiten Geburt der Hals auffallend schlank und hohl, da offenbar die Gravidität zu einer Erschöpfung und Atrophie der Schilddrüse geführt hatte. Abortive Myxödemformen sieht man ferner nicht selten bei älteren Frauen, die wegen geistiger und körperlicher Mattigkeit zum Arzt kommen. Sie fühlen sich kalt und wärmebedürftig, haben eine trockene Haut, sehen welk aus, werden träge, entschlußunfähig, neigen zum Dickerwerden, namentlich an den Hüften; die Libido hat auffallend nachgelassen, ernstere Lektüre, Konzerte, Vorträge bereiten ihnen keinen Genuß mehr; manchmal ist auch eine bedeutende Anämie mit hohem Färbeindex vorhanden. In solchen Fällen genügen meist 0.1 bis 0.2 g getrockneter Schilddrüse pro Tag, um die Symptome zu beheben und namentlich die geistigen Interessen anzuregen. Die gleichen Dosen, konsequent gegeben, können auch bei Ichthyosis, Psoriasis und vor allem bei der Sklerodermie (namentlich Sclerodermie en plaques), ferner bei manchen chronischen Gelenkkrankheiten, bei hartnäckigen nephrotischen Ödemen und bei Fettsucht überraschende Heilerfolge bewirken. (Die Ther. d. Gegenw., H. 3, 1925.)

Chirurgie und Orthopädie.

Die Bluttransfusion

ist nach einem Referat Prof. Comers (München) angezeigt beim lebensbedrohlichen akuten Blutverlust. Hier kann keine physikalisch-chemisch dem Blute gleichwertige Ersatzflüssigkeit helfen, nur die Transfusion rettet den Kranken. Weiter hat die Transfusion Erfolge bei Hämophilie, Purpura haemorrhagica, bei der Vorbereitung elender Kranker zu operativen Eingriffen, bei anhaltendem Schock, nach Ablauf schwerer Eiterungen zur rascheren Wiederherstellung. Besserung auch bei perniziöser Anämie. Keine Erfolge bei Sepsis, Bakteriämien und Endocarditis lenta. Nach Hempel ist die direkte Transfusion nach Oehlecker das brauchbarste Verfahren der Blutüberleitung. Die Gruppenzugehörigkeitsbestimmung nach Moss und die biologische Probe während der Transfusion müssen in jedem Falle angewendet werden. Kubanyi hat in zehn Fällen mit der Transfusion von 200 cm³ Blut nach Oehlecker gute Erfolge als Styptikum bei Blutungen erzielt. (D. m. W. Nr. 18. 1925.)

Der Darmverschluß.

Von Prof. W. Braun (Berlin).

Das Schicksal der Kranken mit Wegstörungen des Darmes hängt meist vom erstbehandelnden Arzt ab. Daher ist die Kenntnis des Darmverschlusses für den Praktiker von größter Wichtigkeit. Man kann drei Gruppen aufstellen:

1. Einfache mechanische Querschnittsverlegung eines Darmschenkels ohne Beteiligung des Mesenteriums (seitliche Abklemmung, Abknickung, Torsion, Striktur, Obturation usw.).

2. Mechanischer Verschluß ganzer Schlingen oder Darmabschnitte einschließlich des zugehörigen Mesenteriums (Abschnürung, Einklemmung, Volvulus, Invagination usw.).

3. Funktionelle Wegstörungen (spastische, atonische, peritonitische Darmsperre).

Natürlich sind Übergänge und Kombinationen dieser drei schematischen Gruppen nicht selten. — Wegen der ausschlaggebenden Bedeutung der Gangrän für die Prognose der Darmverschlüsse stellt man die von Gangrän besonders bedrohten Formen den einfachen, nichtdestruierenden Querschnittsunterbrechungen als gangräneszierende, abschnürende, destruierende Verschlüsse gegenüber.

Die anatomisch-physiologischen Folgen eines Darmverschlusses lassen sich am besten beim Dünndarmverschluß skizzieren: Nach anfänglicher Hemmung der Peristaltik tritt eine rege irreguläre Bewegung (peristaltisches Wogen) ein, die bei längerdauernden Verschlüssen immer höhere Grade bis zu den schwersten Darmkrämpfen und Darmsteifungen erreicht. Der Darm füllt sich mit dem Sekret der Darmwand (besonders des Duodenums), der Leber und des Pankreas und vor allem mit dem Stauungstranssudat. (Beim Kaninchen mit experimentellem Darmverschluß erreicht die Inhaltsmenge schon nach neun Stunden eine der Gesamtblutmenge des Tieres entsprechende Größe.) Sehr bald kommt es zur Gärung und Fäulnis der aufgestauten Massen, zur Rückstauung in den Magen und schließlich zum kotigen Erbrechen, dem erschreckenden Spätsymptom des Darmverschlusses. Der Säfteverlust, die Entblutung des Gesamtorganismus und besonders des Gehirnes, bei den gangräneszierenden Formen kombiniert mit der septischen Wirkung, führen häufig zum tödlichen Zusammenbruch, welcher sicher auch oft durch direkte reflektorische Wirkung auf das Zentralnervensystem und das Herz beschleunigt wird. Dagegen ist die Giftwirkung und -resorption, die sogenannte Autointoxikation, nicht sicher bewiesen.

D i a g n o s e. In etwa zwei Drittel der Fälle kann man durch genaue Beobachtung außer der allgemeinen Diagnose des Darmverschlusses auch wesentliche Anhaltspunkte über Form, Charakter und Höhensitz des Verschlusses gewinnen. In dem letzten Drittel kommt man allerdings nicht über die allgemeine Diagnose des Verschlusses hinaus oder kann gar nur allgemein einen intraabdominellen Prozeß mit der Möglichkeit eines Verschlusses diagnostizieren. Zur Diagnose sind folgende Punkte heranzuziehen: frühere Erkrankungen (Peritonitis, äußerer Bruch), der Gesamtzustand (Schmerzintensität und -charakter, Pulsqualität, Kollaps, Schock), der Nachweis der Darmaufstauung (aktive Darmgeräusche, hoher Gasklang, Plätschergeräusche), die Rückstauung von Darminhalt in den Magen (Magenausheberung), der Indikangehalt des Urins, das Fehlen von Stuhl und Winden trotz konzentrierter Kochsalzeinläufe, die Feststellung von lokalem und allgemeinem Meteorismus, die Druckempfindlichkeit und der Spannungsgrad des Leibes. — Die P l ä t s c h e r g e r ä u s c h e sind neben

starkem Indikangehalt des Urins das wichtigste Symptom einer erheblichen Aufstauung im Dünndarm. Auskultatorisch kann man sie leicht nachweisen, wenn man durch kurzen Stoß gegen die Bauchwand den Darminhalt erschüttert. Der h o h e G a s k l a n g ist ebenfalls auskultatorisch leicht dadurch hervorzurufen, daß man den Finger gegen die Bauchwand schnellt. Er weist auf Gasspannung und -auftreibung des Dickdarms hin. Die starken a k t i v e n D a r m g e r ä u s c h e, das klassische Symptom der subakuten Dünndarm- und Dickdarmverschlüsse und der chronischen Verengerungen lassen sich oft schon aus der Entfernung, sonst mit dem Hörrohr vernehmen. Man hört in bestimmten Zwischenräumen auftretendes Poltern und Kollern, das begleitet ist von manchmal durch die Bauchdecken erkennbaren Steifungen des Darmrohres und heftigen Krampfschmerzen. — Die Röntgenuntersuchung tritt bei den akut verlaufenden Dünndarmverschlüssen hinter den erwähnten Zeichen an Bedeutung zurück; ihr Wert liegt auf dem Gebiete der subakut verlaufenden Darmverschließungen und -verengerungen. — Führt die einmalige Untersuchung nicht zum Ziele, so muß man den Kranken genau weiter beobachten. Morphium und Opium sind möglichst zu meiden, da sie das Krankheitsbild verwischen. Dagegen ist durch wiederholte subkutane Physostigmingaben (0.0005) und konzentrierte Kochsalzeinläufe die Erzielung von Stuhl und Winden anzustreben. Manchmal ist Untersuchung in Narkose zweckmäßig, da man nach Entspannung der Bauchdecken Tumoren, Invaginationsgeschwülste, Resistenz geblähter Schlingen usw. eher feststellen kann. Auf den S i t z d e s V e r s c h l u s s e s weisen spezielle Symptome (blutig-schleimige Abgänge, Invaginationstumor, äußere Bruchgeschwulst, fixierter Strangulationsdarm, lokaler Meteorismus, gespannter Flexurvolvulusdarm) oder anamnestische Anhaltspunkte (peritonitische Reizzustände, Bauchnarben usw.) hin. Doch können auch nichtdestruierende Prozesse, insbesondere Strangabklemmungen und -abknickungen, Gallensteinobturationen usw. zuweilen schlagartig den Verschluß hervorrufen und heftige Allgemeinsymptome erzeugen. Für einen destruierenden Prozeß spricht es, wenn neben einem solchen Spezialsymptom schwere, reflektorisch ausgelöste Allgemeinerscheinungen (Kollaps, Schock), heftige Abdominalsymptome (rasender Bauchschmerz, Singultus, Erbrechen) und Verhaltung von Stuhl und Winden folgen, ohne daß dabei eine stärkere Druckempfindlichkeit und ausgedehntere Spannung des Bauches auf einen entzündlichen Prozeß in der Bauchhöhle hinweisen. — Im Höhestadium ist die allgemeine Diagnose eines mechanischen Verschlusses leicht durch die Aufstauungssymptome zu stellen: hoher Gasklang, Plätschergeräusche, starker Indikangehalt des Urins, fäkulenter Mageninhalt bei weiterem Fehlen von Stuhl und Winden, heftiger Bauchschmerz, allgemeiner oder lokaler Meteorismus, allgemeine oder lokale Druckempfindlichkeit des Abdomens. Bei mindestens drei bis vier Tage bestehenden Verschlüssen tritt das wichtigste Syndrom des subakuten Verschlusses auf: die Darmsteifung, die Darmkolik und vermehrte aktive Darmgeräusche. Bei den gangräneszierenden Formen kommt es oft gar nicht so weit, weil die hinzutretenden und das Krankheitsbild beherrschenden Erscheinungen von Sepsis und Peritonitis schon in den ersten 24 Stunden zum Ende führen können.

T h e r a p i e. Mit medikamentösen Mitteln kann recht selten geholfen werden. Daher gehört jeder festgestellte Darmverschluß auf die chirurgische Station. Bei Verdacht auf destruierende Prozesse ist natürlich sofort zur operieren. Ebenso aber auch bei den nicht selten zur lokalen Nekrose und zur Perforation führenden Gallensteinverschlüssen und Strangabklemmungen. Schließlich wird man aber auch bei den einfachen mechanischen Verschlüssen, Abknickungen und Strikturen eingreifen, sobald Auf-

stauungssymptome da sind und nicht baldigst Stuhlabgang erzielt werden kann. Eine medikamentöse Behandlung (Opium, Atropin, Physostigmin) kann nur versucht werden, wo die Form und der gutartige Charakter des Verschlusses unzweideutig zu erkennen sind. Da die Kranken meist wenig widerstandsfähig sind, ist bei den gutartigen Verschlüssen (Abknickung, Striktur, entzündlicher mechanischer Verschluß) unter Verzicht auf die Aufsuchung und Beseitigung des mechanischen Hindernisses die Enterostomie oder Enteroanastomose angezeigt, die in Lokalanästhesie ausführbar sind. Bei destruierenden Prozessen ist die schonendste radikale Entfernung anzustreben, die bei bekanntem Sitz der Affektion ebenfalls meist in Lokalanästhesie erreicht werden kann. Bei nicht bekanntem Sitz der gangräneszierenden Affektion wird sich natürlich oft breite Eröffnung der Bauchhöhle in Narkose nicht vermeiden lassen. Bei Enterostomie und Enteroanastomose braucht man nur selten den Darminhalt gesondert zu entleeren; bei Fällen mit Darmgangrän läßt man bei der Resektion des Darmes den aufgestauten Inhalt vor der Naht abfließen oder wählt den Weg über den vorübergehenden Kunstafter. Alle Operationen müssen durch reichliche subkutane oder venöse Kochsalz-Traubenzuckerinfusionen (Dauertropfinfusion mit Adrenalinzusatz) unterstützt werden. — Bei diesem Vorgehen konnte Verfasser von einem nicht ausgesuchten Material eines großen Krankenhauses (465 Fälle in den letzten zwölf Jahren) 66% Heilungen erzielen. (Klin. Wschr. Nr. 16. 1925.)

Über Fußbeschwerden.

Von Prof. O. Vulpius (Heidelberg).

Die häufigen Schmerzen an der Unterfläche des Fersenbeins am Ursprung der Sohlenmuskulatur sind durch Periostreizung bedingt. Sie werden zu Unrecht meist auf den Kalkaneussporn, eine hier häufige Exostose bezogen, denn man sieht diesen Sporn im Röntgenbild oft stark entwickelt, ohne daß er Beschwerden macht.

Eine andere Schmerzgegend findet sich nicht selten im Bereich des vorderen Fußgewölbes, am zweiten und dritten Kapitulum und von da in die Zehen ausstrahlend. Auch hier handelt es sich um Zerrung der Weichteile durch Überdehnung und es erübrigt sich durchaus von einer besonderen „Mortonschen Krankheit" zu sprechen.

Die Beschwerden können auch im Unterschenkel, Knie- und Hüftgelenk empfunden und als Ischias, Lumbago aufgefaßt werden, zumal ein Plattfuß nicht gefunden wird. Man sieht aber von rückwärts, daß die Ferse mit der Achillessehne nach außen abweicht und der innere Knöchel daher stärker vorspringt (Knickfuß), welche Anomalie durch Händedruck oder eine schiefe Unterlage sofort korrigierbar ist. Schon aus dem Stiefel läßt sich die Diagnose stellen: Der Absatz ist medial stärker abgenützt, das Schaftleder am inneren Knöchel durchgerieben. Später versteift das Sprunggelenk infolge von Muskelspasmen und erst zuletzt kann das Längsgewölbe einsinken, worauf die entspannte Wadenmuskulatur sich verkürzt (Spitzfuß). Im Gegensatz zur Ferse ist der Vorfuß krampfhaft supiniert, um das Auftreten am inneren Fußrand zu vermeiden. Die Entwicklung ist etwa folgende: 1. Müdigkeit ohne Befund. 2. Fußschmerzen, Knickfuß, später Entzündung — „kontrakter" Fuß. 3. Plattfußbildung, durch Knochenumbildung fixiert; arthritische Prozesse.

Neben den physikalischen Methoden werden die Insuffizienzbeschwerden durch richtig gebaute „Plattfußeinlagen" beseitigt, die die Ferse in leichter Supination, den Vorfuß in geringer Pronation festhalten, ... seitliche oder longitudinale Abgleiten verhüten und sowohl das Längs-

als auch das vordere Quergewölbe ohne Druck stützen. Diese Forderungen werden durch die käuflichen Massenartikel, wie Einlagen aus Ledersohle, die in der Gegend der Fußhöhlung durch ein kleines gewölbtes Metallplättchen verstärkt ist, oder Pneumetteeinlagen u. dgl. nicht erfüllt. Vielfach bewährt ist unter anderem die Heidelberger Einlage, eine durch ein System von Stahlfedern längs und quer verstärkte Ledersohle.

Ist der Fuß bereits durch entzündliche Prozesse spastisch fixiert, die durch heiße Bäder, Bettruhe usw. nicht mehr zurückgehen, so ist Redressement und Gipsverband in korrigierter Stellung (keine extreme Supination, Vorfuß leicht proniert!) erforderlich. (Die Ther. d. Gegenw., H. 3 1925)

Kohlensäureinhalationen postoperativ.

An der Chir. Abt. Prof. H. Lorenz des Krankenhauses der Wiener Kaufmannschaft werden nach K. Doppler seit zwei Jahren zur Herabsetzung der Narkoseschäden im Anschluß an jede Operation CO_2-Inhalationen mit großem Erfolge verabfolgt. Wie andere Säuren regt die CO_2 vor allem das Atemzentrum an, die Atemzüge werden maximal vertieft und dadurch das Narkotikum rascher abventiliert. Letzteres kommt namentlich bei postoperativer Blutdrucksenkung den geschädigten Herzmuskelzellen zugute, wobei gleichzeitig die Reizwirkung der CO_2 auf das paretische Vasomotorenzentrum und ihr tonisierender Einfluß auf die Splanchnikusvenen eine bedeutsame Rolle spielen. Durch die energischeren Zwerchfellexkursionen, die die Leber wie einen Schwamm ausdrücken, wird die Zirkulation weiter gehoben, Schlagvolumen des Herzens und Blutdruck steigen an. Wie Bohr nachgewiesen hat, wird durch die CO_2-Inhalation auch die O_2-Versorgung der Gewebe gefördert. So kann man bei Narkoseasphyxie durch CO_2-Inhalation und künstliche Atmung lebensrettend wirken.

Singultus nach Operationen oder bei Grippe kann durch ein- bis zwei-, höchstens dreimalige CO_2-Inhalation dauernd kupiert werden.

Postoperative Bronchitiden und Pneumonien werden dank der verbesserten Atmung besonders günstig beeinflußt, so daß namentlich bei Magenoperationen Expektorantien entbehrlich werden. Dyspnoe und Zyanose sind keine Gegenanzeigen, da nicht die mangelhafte Arterialisierung des Blutes, sondern die herabgesetzte Erregbarkeit des Atemzentrums Grund der pneumonischen Dyspnoe ist.

Technik. Man verwende mit CO_2 gefüllte Ballons aus Segeltuch von 25 bis 30 l Inhalt und führe den angeschlossenen Gummischlauch gleich nach der Operation, bei Laparatomien z. B. schon zu Beginn der Fasziennaht, in ein Nasenloch ein (Narkose aussetzen) und öffne den Verschlußhahn, so daß das Gas ohne besonderen Druck in die eine Nasenhälfte einströmt; durch die freie Nasenseite bekommt Pat. genügend atmosphärische Luft. Die Inhalation wird unterbrochen, wenn genügend vertiefte Atmung einsetzt und wieder aufgenommen, wenn diese nachläßt. Dies wird zwei- bis dreimal wiederholt, so daß für jeden Pat. ein bis zwei Ballons verbraucht werden.

Der Effekt ist deutlich erkennbar; die nach schweren Bauchoperationen verfallenen Gesichtszüge beleben sich und röten sich lebhaft, der Puls wird voll und kräftig, Pat. kommt früher zu sich und schläft dann ruhig, meist ohne zu brechen. Unangenehme Nebenwirkungen wurden niemals beobachtet.

Auch bei internen Erkrankungen des Respirations- und Zirkulationsapparates, bei Asphyxia neonatorum u. dgl. wären anstelle der oft nutzlosen O_2-Inhalationen solche mit CO_2 zu versuchen. (M. Kl. Nr. 11, 1925.)

Das Lymphogranulom

ist nach Prof. Naegeli (Zürich) die für den praktischen Arzt wichtigste Drüsenschwellung (zehnmal so häufig als Lymphosarkom), da ihn die häufige Verwechslung mit Drüsentbc. zu einer günstigen Prognose veranlaßt, während die Krankheit einen immer bösartigeren und schließlich (zirka drei Jahre) unaufhaltsamen Verlauf nimmt, der dann dem Arzt vorgeworfen wird, da nach Ansicht der Angehörigen eine rechtzeitige energische Behandlung hätte Heilung bringen können. Das Leiden wird höchstwahrscheinlich durch das dem Tbc.-Bazillus verwandte, jedoch nicht säurefeste Corynebacterium Hodgkini verursacht und zeigt folgenden Verlauf: Zuerst bemerkt man weiche oder mittelweiche, verschiebliche Drüsen, fast immer am Halse und zuerst meist einseitig, oft supraklavikulär, oft schon ziemlich groß, da sie zunächst beschwerdefrei verlaufen, eventuell findet man jetzt schon Achseldrüsen und röntgenologisch Mediastinaldrüsen, jedoch nie eine generalisierte Drüsenschwellung wie bei Lues II oder Leukämie. Leichte Temperaturen und Schweiße können den Verdacht auf Tbc. erhöhen, doch bestehen sonst keinerlei Zeichen für eine solche. Allmählich nehmen nach einer Reihe von Monaten die Kräfte ab und treten Blässe und deutliche Blutarmut auf. Häufig besteht, eventuell schon sehr frühzeitig, lästiges Hautjucken. Die Drüsen breiten sich im Laufe der Monate aus. Röntgen und Arsen (besonders empfohlen: Arsazetin, dreimal 0.05 pro die innerlich) bringen sie nicht zum völligen Schwinden. Hohe Fieberperioden wechseln oft mit fieberfreien ab. Besserungen kommen zwar vor, doch sind die Drüsen gegen Röntgen resistenter als bei Leukämie. Die Temperaturen werden trotz aller Behandlung höher, die Schweiße stärker. Es erscheinen pleurale, seltener peritoneale Ergüsse. Die Milz wird deutlich palpabel (eventuell Knoten), der Kräfteverfall schreitet fort und führt schließlich unter Kachexie und hochgradiger Anämie zum Tode.

Differentialdiagnose: Leukämische Drüsen reagieren auf Röntgen und Arsen viel stärker, während das Lgr. nur im Anfangsstadium erheblich zurückgeht, meist jedoch ohne ganz zu schwinden. Völlige Generalisierung wie z. B. bei lymphatischer Leukämie kommt wohl nie vor, die Kubital- und Inguinaldrüsen bleiben fast stets frei. Gegenüber Sarkom u. dgl. fehlen auch bei enormen Drüsen nennenswerte Venenstauungen. Große Härte beginnender Drüsenerkrankungen spricht für Sa. oder Ca. Die Milz ist meist erst nach ein bis zwei Jahren vergrößert (Prognose dann schon schlecht). Pruritus fehlt bei Lymphdrüsentbc. (Jahresk. f. ä. Fortb. III, 1925.)

Narcylennarkose.

Auf der Tagung nordwestdeutscher Chirurgen in Hamburg (Jänner 1925) berichtete Schmidt über 400 größere in Narcylenbetäubung (Narcylen = gereinigtes Azetylen; Firma Böhringer in Hamburg) vorgenommene Operationen und sprach sich über das neue Narkotikum äußerst günstig aus. Die Vorteile dieser Narkose sind: Biologische Harmlosigkeit, keine Atemstörung, keine Kreislaufschwäche, keine Organschädigung; Lungenkomplikationen sind seltener. Auch Kranke mit geschädigten inneren Organen vertragen diese Narkose. Subjektiv wird sie durch das rasche, exzitationslose Einschlafen ohne Erbrechen und ohne Angstgefühle sehr wohltätig empfunden; ein weiterer Vorteil ist das rasche Erwachen. Niere und Leber werden nicht angegriffen. Die Lungen scheiden das Azetylen in unveränderter Menge wieder aus. — Nachteile: Bei Laparotomien in 20% Bauchdeckenspannung, vermehrte Blutung und Explosionsgefahr (der Explosionsgefahr wird durch die neueste Modifikation des ständigen

Wiedereinatmens des ausgeatmeten Narcylens vorgebeugt — D. Red.). Im großen und ganzen ist das Narcylen kein Ersatz, aber eine Ergänzung der Ätherbetäubung. Kombination mit Lokalanästhesie möglich. Aus der Wechselrede ist bemerkenswert: Haselhorst empfiehlt das Mittel besonders für geburtshilfliche Eingriffe; er nennt es geradezu ideal für alle Operationen mit Ausnahme der Laparotomien (Bauchdeckenspannung). Ringel tritt gleichfalls warm für das Narcylen ein, bereitet mit Morphin-Atropin vor und rät nur zur Vorsicht bei Ateriosklerotikern wegen Blutdrucksteigerung. Auch bei Cholämie ist das Mittel kontraindiziert. (Leider braucht man zur Narcylennarkose den Drägerschen Inhalationsapparat, wodurch diese Art der Betäubung vorläufig nur für Anstalten in Betracht kommt. — D. Red.) (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 18, 1925.)

Pneumette oder starre Einlage?

Die ständige Zunahme der Hilfesuchenden, die an der „Kulturkrankheit" des Platt-, Senk- oder Knickfußes leiden, hat zu einer Hochkonjunktur in der Plattfußeinlagenfabrikation geführt. Besondere Reklame machen die Erzeuger der „Pneumette", einer fertig käuflichen pneumatischen Einlage. Die zweifellos originelle Idee wurde bereits von Fachleuten (zur Verth, E. Fischer) als unbrauchbar und schädlich gekennzeichnet. Da aber E. Stern kürzlich die Pneumette-Einlagen zum Versuch empfohlen hat, teilt Jordan (Orthop. Univ.-Klinik, Heidelberg) mit, daß er an der Klinik fast täglich Plattfußpatienten sieht, deren Beschwerden durch Pneumette nicht gebessert, sondern verschlimmert wurden, darunter viele Fälle von beginnendem Plattfuß. Ja, es scheint geradezu, daß die Frequenz von Plattfußkranken in der Ambulanz seit dem Einsetzen der Pneumettereklame nicht unwesentlich gestiegen ist. Rationell sind einzig und allein die nach Gipsabguß individuell gearbeiteten starren Einlagen aus Zelluloid mit lateral festem Rand zur Verhütung des Abrutschens des Fersenbeins. Vor allen fabriksmäßig hergestellten Einlagen ist zu warnen, ganz besonders aber vor den elastischen Einlagen, die nicht einmal den Vorzug der Billigkeit besitzen. (D. m. W. Nr. 17, 1925.)

Postoperativer Herzstillstand — Adrenalin intrakardial.

Ein im jüdischen Krankenhaus Memel aufgenommener 75jähriger Mann mit fast über die ganze rechte Schulter reichendem Nackenkarbunkel wurde narkotisiert, der Karbunkel möglichst im Gesunden exzidiert. Beim Aufsetzen zwecks Verbandes plötzlicher Kollaps, kein Puls, weite reaktionslose Pupillen, Sistierung der Atmung. Kampfer, Strophantin intravenös ohne Erfolg, ebenso Herzmassage und (kurze Zeit dauernde) künstliche Atmung. Hierauf wurde 1 g Adrenalin in den Herzmuskel eingespritzt. Nach 20 Sekunden Wiedereinsetzen des Pulses, regelmäßige Atmung nach einigen künstlichen Atembewegungen. Die Pulsqualität ließ jedoch nach, so daß einige Tage lang Herzmittel gegeben werden mußten; Heilung. Schapiro, der den Fall publiziert, hebt die Wichtigkeit der rein muskulären Herzinjektion hervor; in die Herzhöhle darf nicht eingespritzt werden. (Näheres über intrakardiale Injektion siehe in „Ars Medici" 1921, S. 308 und 447.) (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 15, 1925.)

Zur Regelung der Magen-Darmtätigkeit vor und nach der Operation

erteilt Prof. I. Schnitzler (Wien) einige Ratschläge. Eine forcierte Abführkur vor einer Operation ist schädlich, man beseitige eine Obstipation nur durch eine Irrigation am Tage vor der Operation und gebe einige Stunden vorher keinerlei Nahrung. Nur bei Eingriffen am untersten Darm-

abschnitt ist gründliche Entleerung, eventuell auch durch Abführmittel erforderlich, doch ist auch hier Pat. am Operationstage selbst völlig in Ruhe zu lassen (eventuell Opium). Ganz verfehlt ist z. B. ein Einlauf wenige Stunden vor einer Hämorrhoidaloperation. Eine Magenspülung ist erforderlich, wenn ein Pat. mit nicht leerem Magen operiert werden muß und vor allem bei Ileus. Bei profuser Ulkusblutung ist die Spülung durch Punktion des Magens intra operationem zu ersetzen. Bei ungewöhnlich massigem Erbrechen, namentlich nach Gallenoperationen, ist an die Möglichkeit einer postoperativen akuten Magendilatation zu denken (rechtzeitig Magenschlauch!). Nach Gastroenterostomie und Magenresektion können durch den Magenschlauch häufig große Inhalationsmassen entfernt werden, auch wenn Pat. nicht erbricht. Nach Magenoperationen ist absolute Nahrungskarenz durch mindestens 24 Stunden selbstverständlich; erst vom zweiten Tage ab bei einwandfreiem Befinden kleine flüssige Nahrungsmengen. Erbrechen von Dünndarminhalt, Darmsteifungen, plätschernde Darmschlingen, metallische Darmgeräusche nach Ileusoperationen bedeuten drohende Darmlähmung, die durch Pituitrin, Physostigmin, Magenspülungen, Klysmen, eventuell durch Anlegen einer Dünndarmfistel bekämpft werden muß. Hohe Einläufe sind höchstens bei Volvulus der Flexur oder schweren Koprostasen (kotgefüllte Flexur palpabel) von Vorteil, sonst entbehrlich oder selbst schädlich. Wenn nach einer leichten Bauchoperation die Magendarmtätigkeit auch nach Applikation von Kamillen- oder Glyzerinklysmen, Heißluft, Physostigmin, eventuell des Magenschlauches nicht in den allerersten Tagen wieder einsetzt, so gebe man ja kein Abführmittel, bevor nicht wenigstens durch den Abgang von Winden die freie Passage des Darmtrakts zweifelsfrei festgestellt ist. Man beruhige sich auch nicht mit der Erklärung einer verlängerten Morphinwirkung, sondern denke an die Möglichkeit einer grobmechanischen Ursache, eines peritonitischen Darmverschlusses, der schon durch die leichteste peritonitische Adhäsion verursacht werden und durch rechtzeitige Operation leicht wieder behoben werden kann. (W. kl. W. Nr. 12, 1925.)

Septische Magenblutungen bei Appendizitis

sind nach Prof. L. Kuttner (Berlin) praktisch von großer Wichtigkeit, weil sie den weniger Erfahrenen irreführen und an der richtigen Diagnose einer Appendizitis zweifeln lassen können. (M. Kl. Nr. 10, 1925.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Abortbehandlung in der Praxis.

Von Prof. O. v. Franqué (Univ.-Frauenklinik, Bonn a. Rh.).

Die aktive und die abwartende Behandlung des fieberhaften Aborts ergeben statistisch in der Allgemeinpraxis ungefähr die gleiche Mortalität von 6 bis 7%. An den Kliniken bewegen sich die Zahlen zwischen 0.37 bis 2.9% für die aktive und um 1% herum für die konservative Therapie. Der Rat Winters ist demnach berechtigt, mit der Ausräumung vier bis fünf Tage bis zur eventuellen Entfieberung zu warten. Der Praktiker überweist am besten jeden fieberhaften Abortus sofort einem Krankenhaus, um weder für die aktive noch für die konservative Therapie die Verantwortung tragen zu müssen. Nur dann kann er auch sofort eingreifen, wenn der Muttermund bereits für zwei Finger durchgängig ist. Namentlich ist vor einer instrumentellen Ausräumung bei engem Muttermund zu warnen. Bei

starker Blutung Tamponade für 24 Stunden (namentlich rings um die Portio im Gewölbe) und Krankenhaustransport; notfalls Ausräumung, jedoch erst nach gehöriger Erweiterung des Muttermundes durch Chinin (mehrmals 0.25 Chin. sulfur.; am wirksamsten je 10 cm³ Chin. mur. 5% gleichzeitig venös und muskulär) und weiter durch Hypophysin. Ist nach vier bis fünf Tagen Pat. nicht entfiebert und die Zervix nicht erweitert, so spüle man den Uterus ausgiebig mit ½% Lysol mittels doppelläufigen Katheters, und führe ein bis zwei durchbohrte Quellstifte ein oder tamponiere die Zervix mit steriler Jodoformgaze, die mit sterilem Glyzerin getränkt wurde. Gaze oder Stifte werden nach zwölf Stunden entfernt; anschließend Hegardilatation, Spülung, vorsichtig in Narkose digital ausräumen, neuerlich mit heißer Lysollösung (40° R) und dann 70% Alkohol spülen und Uterustamponade für 24 Stunden (regt Kontraktion an und sichert vor Nachblutung).

Vom dritten Schwangerschaftsmonat ab darf nur digital ausgeräumt werden. Ist der Abort bereits im Gange, so geht man sofort zur Zervixdilatation über. Die Ausstoßung der Frucht überläßt man jedenfalls besser den Wehen, da auch die digitale Ausräumung sehr schwierig und gefährlich ist.

Das Einführen einer Abortzange zum Entfernen der bereits gelösten Teile darf nur unter Leitung des Fingers erfolgen. (M. Kl. Nr. 12, 1925.)

Dysmenorrhoe — Eleuthin.

Prof. Lindig (Karlsruhe) weist darauf hin, daß das gegebene Mittel bei Dysmenorrhoe eigentlich Papaverin wäre. Denn ein großer Teil der dysmenorrhoischen Beschwerden beruht sicher auf einem wehenartig gesteigerten Tonus der Uterusmuskulatur, und Papaverin beruhigt den krankhaft erhöhten Tonus der glatten Muskulatur. Nun wirkt aber Papaverin nur als Injektion, und man kann von der Patientin nicht verlangen, daß sie allmonatlich zu mehreren Injektionen zum Arzt kommt. Papaverin per os ist fast unwirksam, da es im Magen zu unlöslichen Basen gebunden wird. Der Firma Böhringer ist es jedoch gelungen, eine wasserlösliche Verbindung von Papaverin mit dem ebenfalls schmerzstillenden Antipyrin herzustellen, die bei saurer, alkalischer und neutraler Reaktion beständig, also auch per os wirksam ist. Das neue Präparat heißt „Eleuthin“; eine Tablette enthält 0.04 Papaverin und 0.5 Antipyrin. Man verordnet vom Beginn der Beschwerden an dreimal täglich je eine Tablette. Verfasser erzielte mit dem Eleuthin sehr gute Erfolge bei Dysmenorrhoe. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 5, 1925.)

Extrauteringravidität — Diagnose.

Von Doz. J. Schiffmann (Wien).

Weitaus am häufigsten handelt es sich um Tubargravidität. Die Diagnose stützt sich auf das Ausbleiben der Menses (60 bis 70%), die leichte Vergrößerung des Uterus und die Tumorbildung in der Tubengegend. Differentialdiagnostisch (Adnexitis, Ovarzytse usw.) können die Graviditätsreaktionen mit herangezogen werden. Die schwierige und unsichere Abderhalden-Reaktion wird praktisch kaum mehr geübt. Am einfachsten ist der Nachweis des Phloridzindiabetes mittels Maturin-Schering (2 mg Phloridzin + 1 mg β Eukain, siehe „Ars Medici“ 1925, S. 19). Der positive Ausfall erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Extrauteringravidität, mehr aber nicht. Sicherer wird die Diagnose, wenn es zur Blutung aus dem Uterus kommt und Dezidua abgeht (Mikroskop!), das Abdomen schmerzhaft und druckempfindlich wird, oder Zeichen einer inneren Blutung erkennbar werden. Manchmal werden

auch Schmerzen in der hinteren Thoraxgegend angegeben. Das Blut kann in der Nabelgegend durchscheinen und im Douglas palpatorisch Schneeballenknistern ergeben. Die Zeichen der inneren Blutung und peritonealen Reizung ergeben jedenfalls die Indikation zur Operation. Die Probepunktion des Douglas sollte nur notfalls und womöglich gleich am Operationstisch gemacht werden. (W. kl. W. Nr. 5, 1925. Sonderbeilage.)

• Gebärmutterkrebs — Diagnose.

Von Prof. E. Vogt (Univ.-Frauenklinik, Tübingen).

Diagnose: Atypische, unregelmäßige Blutungen, namentlich in der Menopause, eventuell nur blutig-eitriger oder fleischwasserähnlicher Ausfluß. Schmerzen selten, meist erst bei Inoperabilität; ebenso Gewichtsverlust oder Kachexie. Die Spiegeluntersuchung kann als Ursache der Blutung Vaginitis, Dekubitus, Erosion, einen Polypen oder ein Ca. der Portio ergeben. Bei der bimanuellen vaginalen Untersuchung ist ein Korpus-Ca. bereits wahrscheinlich, wenn der Uterus, zumal in der Menopause, nicht hart und klein, sondern größer und weich ist. Unbeweglichkeit bedeutet Inoperabilität. Wegen der meist bestehenden Retroflexio kann die Rektaluntersuchung besser informieren. Die sorgfältig entleerte Ampulle wird mit 200 cm³ lauwarmen Wassers gefüllt, der gut eingeölte Zeigefinger eingeführt, wobei man die Pat. wie zum Stuhlgang pressen läßt. Der Daumen liegt zur Kontrolle in der Scheide an der Portio. Anschließend Sondieren des Uterus mit möglichst dicker Sonde auf eventuelle Rauhigkeiten oder Unregelmäßigkeiten des Uteruskavum. Während die normale Uteruswand der Sonde einen erheblichen Widerstand entgegensetzt, dringt dieselbe mit Leichtigkeit in ein zerfallendes Korpus-Ca ein. Die digitale Austastung des Uterus ist grundsätzlich abzulehnen; sehr wichtig hingegen die vorsichtige Abrasio mit kleinster Kurette unter Leitung des Auges, nach Einstellung der Portio im Spiegel und Anhaken der vorderen Lippe. Die häufige Komplikation des Korpus-Ca., die Pyometra, verursacht unregelmäßigen, eventuell schubweisen, übelriechenden eitrigen Auswurf, eventuell auch Vaginitis, Vulvitis mit Juckreiz, Druck- und Spannungsgefühl usw., schlechtes Allgemeinbefinden, meist jedoch ohne Schmerzen und Fieber. Nach Ablassen des Eiters durch Zervixdilatation sind Sondierung und Abrasio mit größter Vorsicht (Gefahr der Perforationsperitonitis!) vorzunehmen. (M. m. W. Nr. 11, 1925.)

Über Geschwülste als Geburtshindernis

wurde in der letzten Zeit in der Fachliteratur wiederholt diskutiert (vgl. „Ars Medici“ 1923, S. 466). Siefart (Charlottenburg) beschreibt neuerlich vier Fälle seiner Praxis, deren lehrreiche Krankheitsgeschichten kurz wiedergegeben seien.

1. 32jährige Frau, seit zwei Jahren leichtes Druckgefühl im Leib und Kreuzschmerzen. Jetzt Wehen am Ende der Schwangerschaft, dabei heftigere Schmerzen als bei früheren Geburten. Trotzdem macht die Geburt innerhalb 24 Stunden keine Fortschritte, schließlich hören auch die Wehen auf. Befund: Muttermund markstückgroß, Portio ist schwer zu erreichen. Im Douglas eine weiche fluktuierende Resistenz, welche die hintere Scheidenwand stark vorwölbt, sich nicht zurückdrängen läßt und ein absolutes Geburtshindernis darstellt. Probepunktion ergibt fast wasserklare Flüssigkeit; kein Aszites, keine Ödeme. Diagnose: Inkarzeriertes Parovarialkystom. Nach Punktion und Pituglandol spontane Geburt in fünf Stunden.

2. Seit sechs Stunden Wehen. Hebamme teilt mit, daß im äußeren fünfmarkstückgroßen Muttermund ein Kindsteil zu fühlen ist, aber trotzdem der Schädel darüber noch beweglich sei. Die Wehen stocken. Befund: Harter apfelgroßer Tumor, der aus dem äußeren Muttermund hervorquillt und allseits vom Muttermundsaum abgrenzbar ist. Diagnose: Submuköses Myom. Dasselbe wird mit Kugelzangen vorgezogen; nach Resektion eines Keiles aus dem Tumor gelingt es, den Stiel abzubinden und zu durchschneiden. Es setzen neue Wehen ein, nach zwei Stunden Entbindung durch Beckenausgangszange.

3. Seit zwei Jahren dauernd Kreuzschmerzen, Schmerzen beim Stuhl und Gefühl der Schwere im Leib. Kreist seit eineinhalb Tagen. Wehen schwach, schmerzhaft. Temperatur 38.5. Portio ganz nach vorn an die Symphyse gedrängt, kaum zu erreichen. Muttermund geschlossen. Ein steinharter, großer Tumor läuft halbringförmig in der Höhe des inneren Muttermundes um die innere Uteruswand herum, füllt den Douglas vollständig aus und bildet ein absolutes Geburtshindernis. Diagnose: subseröses Myom, welches nicht in die Bauchhöhle zurückgebracht werden kann. Sectio caesarea und supravaginale Amputation. Kind schwächlich, bleibt aber am Leben.

4. Während der ganzen Schwangerschaft Kreuz- und Leibschmerzen. Kreist seit 24 Stunden ohne Fortschritte der Geburt. Temperatur 39. Großer Tumor im Douglas, weich, nicht fluktuierend, aber fixiert und völlig unbeweglich, läßt sich nach oben nicht abgrenzen. Probepunktion ohne Ergebnis. Diagnose: Adnextumor, wahrscheinlich Dermoid des rechten Ovariums. Laparotomie, Exstirpation der Dermoidzyste. Sectio caesarea. Kind zyanotisch, lebt nur zwei Stunden. Mutter wird geheilt.

Findet sich im kleinen Becken inkarzeriert ein Tumor, der infolge seiner Größe ein Geburtshindernis darstellt, so ist die Frau rechtzeitig in eine Klinik zu bringen, weil man nur dort das richtige Heilverfahren zur rechten Zeit einschlagen kann. Eine forcierte Entbindung neben einer eingekeilten Eierstockgeschwulst ist im allgemeinen wegen Rupturgefahr zu verwerfen. In selteneren Fällen (Fall 1) genügt die Punktion des Tumors. Wichtig ist die Feststellung, ob der Tumor vom Uterus oder von den Adnexen ausgeht; dies gelingt meist, eventuell mit Narkose und Probepunktion. Geht er vom Uterus aus, so ist meist eine Operation nötig, und zwar vorwiegend per laparotomiam. Nur selten kann man, wie in Fall 2, ein Myom vaginal verkleinern und ohne stärkere Blutung abbinden. Das Myom ist (natürlich nur, wenn es infolge seiner Größe ein Geburtshindernis bildet) eine dauernde Gefahr und gibt auch wohl bei der Sectio caesarea leicht Anlaß zu Infektionsansiedelungen, welche durch Exstirpation vermieden werden. (D. m. W. Nr. 18, 1925.)

Kein Glaskatheter unter der Geburt.

In den Lehrbüchern wird noch oft der Glaskatheter für die geburtshilfliche Ausrüstung angegeben und auch von Ärzten und Hebammen verwendet. Seynsche (Frauenklinik, Essen) macht darauf aufmerksam, daß der Glaskatheter unter dem Druck des kindlichen Kopfes leicht abbricht. Zwei solche Fälle kamen in Essen vor und dürften auch sonst nicht zu selten sein. Der gebrechliche Glaskatheter ist unbedingt aus dem geburtshilflichen Instrumentarium zu verbannen. Man gebrauche den weichen Nelatonkatheter, und wenn man mit diesem nicht zum Ziele kommt, den weiblichen oder männlichen Metallkatheter, dem man bei schwieriger Einführung eine Richtung steil nach aufwärts geben muß (starke Senkung des Griffes). Ist ein Glaskatheter doch abgebrochen, so soll man bei tief im

Becken stehendem Kopfe und guten Wehen die Spontangeburt abwarten. Vor Zangenentbindung ist wegen Gefahr der Zertrümmerung des abgebrochenen Glasstückes zu warnen. Die Entfernung des Fremdkörpers erfolgt zweckmäßig schon am ersten Tage des Wochenbettes durch die Kolpozystotomie, welche in diesem Falle vor der Sectio alta den Vorzug verdient. (D. m. W. Nr. 16, 1925.)

Zur Anwendung von Hypophysenpräparaten.

A. Rotter injizierte Pituisan (Sanabo) subkutan oder muskulär in 79 Fällen während der Austreibungsperiode: Voller Erfolg in 69 Fällen (= 87%), zehn Versager (= 13%); bei letzteren blieben auch andere Hypophysenpräparate erfolglos. Die venöse Applikation ist nicht zu empfehlen, da sie unerwünscht stürmisch wirken kann. Durch die Anwendung des Mittels in der Nachgeburtsperiode und bei geburtshilflichen Operationen werden atonische Blutungen verhütet. (Kl. Wschr. Nr. 16, 1925.)

Klimakterische Beschwerden — Diathermie der Hypophysengegend.

An der I. Univ.-Frauenklinik in Wien wurden nach A. Szenes 38 Fälle von ovariellen Ausfallserscheinungen (Schwindel, Kopfschmerz, Wallungen, Schweiße usw.) zunächst mit Röntgenbestrahlung der Hypophysengegend behandelt. In einer Anzahl dieser Fälle traten sechs bis acht Wochen nach der letzten Bestrahlung neuerlich Beschwerden auf, worauf bei neun derselben Diathermie der Hypophysengegend durchgeführt wurde: sieben Fälle wurden geheilt. Elf primär diathermierte Fälle zeigten bis auf einen weitgehende Besserung. Der Blutdruck blieb unbeeinflußt. Technik: Bleielektrode von 6 × 10 cm an jede Schläfe, erste Sitzung zehn Minuten, zweite 20 Minuten, alle folgenden 30 Minuten. Stromstärke bis zum Gefühl einer angenehmen Wärme. Zwei bis drei Sitzungen pro Woche. Pro Serie mindestens sechs Sitzungen. Nach zwei Wochen Intervall eventuell wiederholte Serien. (W. kl. W. Nr. 12, 1925.)

Korpuskarzinom — Probeausschabung.

Die Kollumkarzinome treten in relativ frühem Lebensalter auf, die Portio-Karzinome nicht selten sogar bei Jugendlichen. Jede Berührung der Portio löst hier eine Blutung aus und die anamnestische Angabe von Blutungen bei der Kohabitation oder Blutung bei Scheidenspülungen führt oft zur Frühdiagnose, die dann durch digitale und Spekulumuntersuchung leicht zu sichern ist. Beim Zervixkarzinom treten die Blutungen etwas später auf, bleiben aber auch nicht aus, und auch hier kann man zuweilen den Tumor mit dem Finger fühlen. Die Zervixkarzinome fallen zeitlich häufig mit den klimakterischen Blutungen zusammen oder folgen bald auf die Menopause. In zweifelhaften Fällen wird man bei Portio- und bei Zervixtumoren die Probeexzision machen.

Liegen so beim Kollumkarzinom (Portio und Zervix) die Verhältnisse relativ einfach, so sind sie um so schwieriger beim Korpuskarzinom, das meist erst in höherem Alter auftritt. Die Symptome sind fast immer die gleichen: nach mehrjähriger Menopause plötzlich auftretende Blutungen, die gewöhnlich ganz unmotiviert und ohne jegliche Begleiterscheinungen (Schmerzen usw.) einsetzen. Prof. Henkel (Jena) lehrt im Unterricht, daß jede Blutung im klimakterischen Alter und namentlich in der Menopause klinisch so lange als Karzinom zu bewerten ist, bis das Gegenteil nachgewiesen wird. Die Untersuchung muß ganz systematisch sein. Ist nichts durch digitale Untersuchung festzustellen,

so muß immer die Probeausschabung vorgenommen werden, auch wenn der Uterus nicht vergrößert erscheint. Ja, normale Größe des Uterus ist schon verdächtig, weil in dem in Frage kommenden Alter meist bereits eine senile Involution des Organes besteht. Aber auch ein senil atrophisch erscheinender Uterus schließt ein Karzinom nicht aus. Besonders ist bei der Untersuchung auch auf die Ovarien zu achten, denn (meist maligne) Geschwulstbildung in diesen kann ebenfalls uterine Blutung auslösen.

In dem Fritschschen Lehrbuch der Gynäkologie empfiehlt Prof. Stöckel, bei postklimakterischen Blutungen einfach ohne Probeausschabung den Uterus vaginal zu exstirpieren, da dieses Organ jetzt „ausgedient" habe und Probeausschabungen zur Propagierung eines etwa bestehenden Krebses führen können. Prof. Henkel kann sich diesem Ratschlage nicht anschließen. Denn erstens ist die Uterusexstirpation doch, besonders im höheren Lebensalter, kein so harmloser Eingriff (vielleicht kommt ihm auch eine gewisse „innere Sekretion" zu — Referent), und zweitens hat ihn sein Material gelehrt, daß unter 300 Fällen von postklimakterischen Blutungen doch nur etwa 12% ein malignes Neoplasma aufwiesen. (D. m. W. Nr. 13, 1925.)

Bei verzögerter Nachgeburt

muß man sich nach G. Conrad (Berlin) vor allem fragen, ob nicht die Plazenta bereits gelöst ist. Hiefür gibt es folgende Zeichen: Vor allem das Druckgefühl im Mastdarm, das die Frauen, darauf aufmerksam gemacht, stets angeben, wenn die Plazenta den Uterus verlassen hat. Die Nabelschnur tritt entsprechend dem Tiefertreten der Plazenta mehr und mehr aus den Genitalien heraus (Ahlfeld). Der Uterus steigt wieder über den Nabel hinauf, wird schmal, abgekantet und platt (Schröder). Drückt man die Fingerspitzen einer Hand oberhalb der Symphyse senkrecht ein, so steigt die Nabelschnur in die Scheide hinauf, wenn die Plazenta noch nicht gelöst ist; andernfalls ist sie gelöst (Küstner). Die gelöste Plazenta läßt sich durch den Credéschen Handgriff leicht und gefahrlos exprimieren.

Ist sie ungelöst und tritt keine stärkere Blutung ein, so soll man in der Allgemeinpraxis drei bis vier Stunden zuwarten; an der Klinik selbst bis zu zwölf Stunden, wie Schubert an der Hand von 28.000 Fällen der Franzschen Klinik gezeigt, wo dieses streng konservative Verhalten die besten Resultate ergab. Hypophysenpräparate gebe man, solange die Plazenta ungelöst ist, lieber nicht, da eine Dauerkontraktion des Uterus die Folge sein könnte. Hingegen sah Verfasser von der ungefährlichen Gabastonschen Plazentafüllung mit 500 bis 600 cm³ phys. Na Cl-Lösung (mittels 100-cm³-Spritze) in 50% Erfolge. Erst bei Versagen des Credé in Narkose (Cave Uterusverletzungen!) kommt die manuelle Lösung in Frage. (M. m. W. Nr. 12, 1925.)

Die Pubertätsamenorrhoe

ist nach Stuhl häufig eines der ersten Anzeichen der nach Jahren zur vollen Ausbildung gelangenden Lungentbc. Auch die Kriegsamenorrhoe war nach Verfassers Ansicht eine Tuberkuloseamenorrhoe. Bei fehlendem Genitalbefund ist daher zunächst nach Tbc. zu fahnden und Tuberkulintherapie zu versuchen, die auch bei jungen Mädchen mit latenter Tbc. oft schnell die Menstruation wieder herbeiführte. Nur bei Amenorrhoe infolge allgemeinen Infantilismus hatte die Tuberkulinbehandlung keinen Erfolg. (Ztschr. f. Tbc., Bd. 40. H. 3.)

Pädiatrie.

Über besondere Exantheme und Erytheme im Kindesalter.

Von Prof. C. Leiner. (Aus den Fortbildungskursen der Wiener med. Fakultät.)

Das Erythema infectiosum tritt fast jährlich in kleineren und größeren Epidemien auf : Diffus gerötete, leicht gedunsene Wangen mit scheibenförmigen Flecken und Ringen an den Rändern. Weitere Lieblingsstellen des zunächst in mattroten, größeren und kleineren, stellenweise konfluierenden Flecken auftretenden Erythems sind die Streckseiten der Arme, das Gesäß und die Oberschenkel. (Scharlach ist hellrot, Masern sind braunrot.) Nach 48 Stunden zunächst zentrales Abblassen, so daß aus den Flecken Ringe und netzartige Zeichnungen entstehen. Nach weiteren zwei bis drei Tagen schwindet meist das Erythem ohne zu schuppen oder zu pigmentieren. Die Kinder fühlen sich sonst vollständig wohl und sind fast immer fieberfrei. Gegenüber Masern fehlen außerdem Katarrhe und Koplikflecken, gegen Röteln spricht das großfleckige Erythem an den Lieblingsstellen und das Fehlen von Drüsenschwellungen.

Nicht selten ist ferner das Exanthema subitum (Roseola infantum) bei Kindern von einem halben bis drei Jahren: Plötzlich hohes Fieber bei wenig gestörtem Allgemeinbefinden; nach ein bis zwei Tagen kritischer Temperaturabfall, gleichzeitig Ausbruch des masernähnlichen, jedoch blauroten Exanthems am ganzen Körper, das Gesicht hingegen meist frei, kein Enanthem (nur manchmal leichte Rötung des Gaumens), kein Koplik, keine Schleimhautsymptome. Das Exanthem schwindet sehr rasch nach zwei bis drei Tagen, ohne zu schuppen oder zu pigmentieren. Leukopenie. Keine Kontagiosität. Absolute Gutartigkeit. Verwechslung mit Masern („zweimaliges“ Masern) häufig.

Symptomatische (toxische) Erytheme können bei jeder fieberhaften Erkrankung auftreten, so das für Endocarditis rheumatica charakteristische Erythema annulare: Unscheinbare, blaßrote oder livide, nur 1 bis 3 mm breite Ringe oder Flecke, die leicht übersehen werden (manchmal ähnlich mit Cutis mormorata) und namentlich an den unteren und seitlichen Thoraxpartien und am Abdomen zu suchen sind. Beim Gelenkrheumatismus kommt manchmal auch das Erythema exsudativum multiforme vor, das aber die Streckseiten der Extremitäten bevorzugt und blaurote erhabene Scheiben bildet, die in Blasen übergehen. Bekannt sind die urtikaria-, masern- oder scharlachähnlichen, oft auch die Schleimhäute ergreifenden Arzneiexantheme, z. B. nach Salizyl, Herzmitteln u. dgl.

Recht häufig ist das wahrscheinlich mit Tbc. (nicht mit Rheumatismus) zusammenhängende Erythema nodosum: Livide, knotenförmige, empfindliche Infiltrate, hauptsächlich an den Streckseiten der Schienbeine (auch Erythema contusiforme genannt), vereinzelt auch an Oberschenkeln und Armen; gleichzeitig und als Prodrome Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen, Müdigkeit, Fieber. Pirquet stets stark positiv. Manchmal anschließend hartnäckige Subfebrilität. Therapie: Landaufenthalt, Liege- und Sonnenkuren.

In den ersten Krankheitstagen der epidemischen Meningitis tritt manchmal ein direkt pathognomonisches Exanthem auf: Blaßlivide, linsengroße, disseminierte Fleckchen, namentlich am Stamme; die meisten Roseolen zeigen zentral einen kleinen Blutpunkt. Nach Schwinden des Ausschlages (24 bis 48 Stunden) bleiben die Petechien zurück. Da ein ähnlicher Ausschlag bei keiner anderen Krankheit beobachtet wird, ermög-

licht er die Frühdiagnose und den rechtzeitigen Beginn der Therapie (Lumbalpunktionen, Serum lumbal). — Häufiger, jedoch weniger pathognomonisch für Genickstarre ist das Auftreten der Herpesbläschen am zweiten bis sechsten Tag, am häufigsten im Gesicht (H. labialis), manchmal aber auch an anderen Körperstellen, was den Verdacht auf M. erhöht.

Bei den verschiedensten Krankheiten sieht man das Erythema scarlatiforme: Namentlich vorne am Thorax lebhaft rote Fleckchen, sehr flüchtiger Natur, niemals schuppend, fast nur bei blonden Menschen. (Bei Scharlach Follikelschwellung, Ausbreitung über den ganzen Körper, keine deutlichen Flecken, Schuppung). — Ähnliche flüchtige Prodromalerytheme („Rash") treten unter plötzlichem Fieber öfter bei Varizellen (manchmal auch bei Variola) auf, wobei gleichzeitig schon kleine Varizellabläschen aufschießen können. Das Fehlen der Mundsymptome (Himbeerzunge), der negative Kneipversuch (keine Hautblutung nach Quetschen) sprechen gegen Scharlach.

Hingegen handelt es sich bei den am vierten und fünften Tag auftretenden Serumexanthemen fast immer um echten, wenn auch leichten Scharlach, da das urtikarielle Serumexanthem sich bei Erstinjizierten erst am neunten bis elften Tage zeigt und ihr oft gehäuftes Auftreten auf den Krankenabteilungen sistiert, wenn die Krankenzimmer gereinigt und für einige Zeit gesperrt werden.

Auch beim Wundscharlach, der nicht selten namentlich von Brand- oder Ätzwunden aus in den ersten Tagen nach dem Trauma sich entwickelt, wurden wiederholt Übertragungen auf andere Kinder im gleichen Zimmer beobachtet. Auch die Auslöschphänomene sprechen für echten (leichten) Scharlach.

In Zweifelsfällen bediene man sich des Schultz-Carltonschen Auslöschphänomen: Nach intrakutaner Injektion von 0.5 bis 1.0 cm^3 Normalserum (Menschenserum z. B. der Eltern) erlöscht das echte Scharlachexanthem in sechs bis acht Stunden an der Injektionsstelle, die sich dann durch ihre blasse Farbe von der roten Umgebung deutlich abhebt. Umgekehrt kann man auch nach Neumann Serum des verdächtigen Falles einem sicheren Scharlachfall intrakutan injizieren; Nichterlöschen bedeutet Scharlach. (Gesundes Testserum löscht aus.) Diese Methode ist besonders bei Scharlach sine exanthemate wertvoll. Für Scharlach sprechen ferner positive Harnbefunde auf Bilirubin, Urobilinogen oder Azeton.

Diese Methoden ermöglichen auch die sonst schwierige Differenzierung des Erythema scarlatiniforme recidivans vom echten Scharlach. Dasselbe ist charakterisiert durch die geringen Allgemeinsymptome im Gegensatz zum sehr intensiven Hautausschlag, die wochenlang anhaltende, oft schon auf der Höhe des Exanthems beginnende Schuppung und die auffallende Neigung zu Rezidiven auch in großen Intervallen. (Sonderbeil. z. W. kl. W. Nr. 5, 1925.)

Insulinbehandlung bei schweren Darmstörungen der Kleinkinder.

Im Mittelpunkte des dem Pädiater geläufigen Krankheitsbildes der alimentären Intoxikation der Säuglinge und der akuten Durchfallsstörung des Kleinkindes stehen die Exsikkation und ihre lebensbedrohenden Folgen. Die Symptome sind: Durchfälle, unstillbares Erbrechen, jäher Gewichtssturz, Fieber, eingesunkene Fontanelle, tiefliegende, halonierte, halbgeschlossene Augen, schwere Kreislaufschwäche, trockener, kraftloser Reizhusten, vertiefte, pausenlose Atmung, Hyperglykämie, Glykosurie und Ketonkörperausscheidung. Neben der ätiologischen Therapie der Darmstörung steht als noch dringendere Indikation des therapeutischen Handelns

die Bekämpfung der Austrocknung: der Patient erliegt sonst, bevor eine ätiologische Behandlung sich auswirken kann. Jeder Tag symptomatischer Behandlung bedeutet einen lebensrettenden Gewinn an Zeit, da sich unterdessen die gesunkene Toleranz des Magendarmkanals wieder heben kann. Priesel und Wagner (Univ.-Kinderklinik, Wien) haben darauf hingewiesen („Ars Medici" 1924, S. 404), daß das Insulin hier als Heilmittel Verwendung finden kann, da es nachgewiesenermaßen Wasserretention im Körper bis zur Ödembildung bewirkt. Tatsächlich hatten sie bei zwei allerschwersten Fällen mit Insulinbehandlung glänzenden Erfolg. Sie injizieren sechs Insulineinheiten subkutan und eine Stunde darauf venös 250 bis 300 cm³ einer 10%igen Traubenzuckerlösung. Die Venaesectio, die beim Säugling nicht immer leicht durchführbar ist, wurde unter Lokalanästhesie mit ½% Novokainlösung vorgenommen, hie und da auch die Venaepunktion der Halsvene gemacht. Bei der Venaesektio wurde eine sperrbare, stumpfe Metallkanüle verwendet und die Infusion selbst in der Regel mit zwei Rekordspritzen zu 20 cm³ durchgeführt, weil diese Manipulation schneller vor sich geht als das Einträufelnlassen der Zuckerlösung aus einem Irrigator. Die Traubenzuckerlösung wirkt als Nährstoff, als hypertonische Lösung und zugleich vorbeugend gegen eine etwa durch das Insulin bewirkte Hypoglykämie. Diätetisch wurde dann quantitativ und qualitativ in derselben Weise vorgegangen wie sonst bei alimentären Intoxikationen, das heißt man gibt Frauenmilch oder Eiweißmilch in zahlreichen kleinen Einzelmahlzeiten. Die Ruhigstellung des Darmes durch mehrere Stunden gelingt dadurch besonders leicht, daß ein Teil des Kalorienbedarfes durch den venös verabreichten Traubenzucker gedeckt wird. (Klin. Wschr. Nr. 11, 1925.)

Laryngitis, Tracheitis, Bronchitis, Pneumonie.

Von Prof. L. F. Mayer und E. Nassau (Berlin).

Hustenlindernde Mittel bei Kindern:

	Kodein	Dionin	2% Pantopon	3% Narkophin
Säugling . .	2—3 mg	1—3 mg	2 Tropfen	1 Tropfen
Kleinkind .	½—1 cg	2—5 mg	2—5 Tropfen	2—4 Tropfen
Schulkind .	1—2 cg	1—2 cg	6—12 Tropfen	5—12 Tropfen

Obige Dosen werden ein- bis zwei- bis dreimal täglich gegeben. Bei stärkerer Heiserkeit, Aphonie und Dyspnoe (Pseudokrupp) Rp: Extr. belladonnae 0.05/50.0, zwei- bis dreimal täglich einen Teelöffel (Säuglingen), bzw. einen Kinderlöffel. Gleichzeitig energische Schwitzpackung. Beim Pseudokrupp schafft man sofort Erleichterung, wenn man einen mit Adrenalin getränkten Wattetampon um den Finger gewickelt in den Mund einführt (Sicherheitsfaden nach außen!) und über dem Larynx auspreßt. Nur bei diphtherischer Stenose versagt dieses Mittel (Differentialdiagnose!).

Von der Verordnung „hustenlösender" Mittel (Ipecacuanha, Mixt. solvens usw.) kann abgesehen werden, da sie kaum jemals nützen.

Bei Neigung zu Bronchitiden Beseitigung einer eventuellen Rachitis durch Lebertran, Lichttherapie. Brustwickel sind bei Säuglingen nicht angebracht, besser zweimal täglich warme Bäder von 36 bis 38° C und fünf bis zehn Minuten Dauer. Anschließend frottieren. Kühle Übergießungen sind bei Zeichen von Kreislaufschwäche (Zyanose, kühle Extremitäten) oder Tetanie verboten. Bei Dyspnoe, Nasenflügelatmen (Bronchiolitis) ist stundenlanges Herumtragen der Kinder das beste und einzige Prophylaktikum gegen die sekundäre Pneumonie. Bei älteren Kindern Lagerung im Freien (windgeschützt), häufiger Lagewechsel, Aufsitzen,

Atemübungen. Bei Kreislaufschwäche (Frühsymptom: Meteorismus infolge Blutstauung im Splanchnikusgebiet) am besten Koffein 2 bis 5 cg, bzw. 0.05 bis 0.1, 0.1 bis 0.2.

Bei asthmatischen Zuständen, sehr dichtem, feuchtem Rasseln Belladonna.

Technik der Senfpackung (bei Bronchiolitis, Dyspnoe): Zwei handvoll frischen Senfmehls werden in einer Schüssel mit heißem Wasser zu einem Brei verrührt, damit ein Laken getränkt, das auf einer großen Wolldecke ausgebreitet rasch um das Kind herumgeschlagen wird, so daß die reizenden Dämpfe aus der Wolldecke nicht austreten können. Am Halse abdichten mit einem Handtuch, nach 10 bis 20 Minuten (bei Erblassen sofort) entfernen, warmfeuchten Umschlag, warm zudecken zum Nachschwitzen, danach oder sofort warmes Reinigungsbad. Rötung der Haut ist ein gutes, Blässe ein schlechtes Zeichen. Kurz vor der Packung Koffein oder Kampfer, um Kollaps zu vermeiden.

O_2-Inhalationen wirken vorübergehend günstig. Man läßt eine halbe Stunde lang aus der Bombe in langsamem Strome inhalieren, bis Lippen und Wangen sich rosig färben. Aderlässe können auch beim Säugling vorgenommen werden (50 bis 60 cm³ aus der Vena jugularis externa). Koffein und Kampfer können auch per os gegeben werden, letzteres in Form des Kadechol (drei- bis viermal eine halbe bis eine Tablette täglich). Bei Vasomotorenparese (Meteorismus, Blässe, kühle Extremitäten) sind auch Suprarenin und Strychnin indziert. Weniger ist bei Säuglingen und Kleinkindern von der Digitalis zu erwarten.

	Suprarenin	Strychnin. nitr.	Ol. camphor. 20%	Koffein
Säugling	0.2—0.4	0.2 0.4 mg	0.5 – 1.0	0.02
Kleinkind	0.4—0.5	0.5—1.0 mg	1 – 2—3 ccm	0.05
Schulkind	0.5—1.0	1 —2 mg		0.1—0.2

Bei Bronchopneumonie spielen im Säuglingsalter Digitalis und Analeptika eine untergeordnete Rolle. Herz und Gefäße des jungen Kindes verfügen über beträchtliche Reservekräfte und nur selten stirbt ein Kleinkind mit Pneumonie am Versagen des Kreislaufes. Auch das Anlegen von Kampferdepots (5 bis 10 cm³ subkutan) ist wirkungslos. Nur bei Kollaps sind Kampfer, Koffein und Adrenalin lebensrettend und unbedingt indiziert. Versuchenswert sind Chinin (zwei bis drei Suppositorien täglich, beim Säugling à 0.03 bis 0.1, beim Kleinkind 0.2 bis 0.25, Schulkind 0.3 bis 0.5) oder Optochin. basic., 0.015 g pro Lebensjahr, drei- bis fünfmal täglich per os oder rektal, am besten in Öl in regelmäßigen Abständen über Tag und Nacht verteilt bei gleichzeitiger Milchdiät.

Sehr wichtig ist die Freilufttherapie der Pneumonien, jedoch unter sorgfältiger Wärmezufuhr. Sera, Vakzine, Rivanol, Silberpräparate usw. sind wirkungslos.

Empyem. Die Rippenresektion gibt beim Säugling schlechte Resultate. Am besten häufige Punktionen und Spülungen der Pleurahöhle, alle zwei bis drei Tage mit Rivanol 1:2000 bis 3000 in Mengen von 30 bis 50 cm³ mittels großer Rekordspritze; 5 bis 10 cm³ Rivanol 1:500 zurücklassen. Beim älteren Kind warte man mit der Resektion einige Tage, bis die Temperatur auf 38 bis 38.5° C sich einstellt. Anschließend Atemübungen. (Die Ther. d. Gegenw., Heft 1 bis 2, 1925.)

Die Proteintherapie in der Pädiatrie.

Die überzeugendsten Erfolge sah A. Zanker am Mautner-Markhofschen Kinderspital in Wien (Prof. Leiner) beim akuten Gelenkrheu-

matismus. Man injiziert 4 bis 5 cm³ frisch sterilisierter Kuhmilch oder Aolan muskulär. Oft schon am selben Tag nach kurzem Fieberanstieg jäher Fieberabfall und selbst völliges Aufhören der Schmerzen. Auch bei der gonorrhoischen Gonitis sind die Erfolge unverkennbar. Ebenso bei der Blennorrhoea neonatorum (2 cm³ Milch wiederholt).

Bei diätetisch unbeeinflußbarer primärer Säuglingsatrophie wurden mit Pferdeserum (Beginn mit 0.1, höchstens 0.2, täglich um einen Teilstrich steigern, sieben bis zehn Injektionen muskulär) anhaltende Erfolge erzielt. Hingegen keine Erfolge bei infektiös bedingten Atrophien.

Bei Pityriasis rosea bewirkten 4 bis 5 cm³ Milch muskulär nach einigen Stunden vorübergehende Zunahme der Symptome, der nach sechs bis zehn Tagen intensive Schuppung und völlige Heilung folgte. Auch bei Erythrodermia desquamativa Leiner waren Milchinjektionen erfolgreich (sieben schwere Fälle von Barabas und Torday; Arch. f. Kinderhk., Bd. 72, S. 112.) –

Auf dem Gebiete der Infektionskrankheiten reagierten günstig verzögerte Pneumonie, Bauchtyphus und Paratyphus (Typhusvakzine, Kolivakzine, Omnadin), ferner Sepsis (Omnadin subkutan, Preglösung und Argochrom venös).

Ausgesprochene Mißerfolge ergaben Säuglingsfurunkulose, akute und chronische Ekzeme, Trichophytie und Erysipel. (M. Kl. Nr. 12, 1925.)

Haut- und venerische Krankheiten.

Acne juvenilis — Behandlung.

Das Gesicht ist abends mit folgendem Pulver einzustauben: Rp: Acidi salicyl. 0.12, Naphtholi 0.26. Natrii boracici 0.48, Sulfuris praecipitati 0.86, Lycopodii 1.0, Amyli tritici 10.0 (Leclerc). Oder einfacher: Rp: Sulfur. praecipit. 1.0, Magnesiae carbon. 4.0, Talci veneti 6.0 (Veyrières). Diese Puder wirken milde und eignen sich daher besser zur Anwendung tagsüber, während nachts z. B. eine Schwefelsalbe oder Schwefelschüttelpinselung angewendet werden soll (Ref.). (Journ. des pract., 2. Mai 1925.)

Empfindliche Haut, Analjuken und Intertrigo.

Besonders blonde und rothaarige Menschen (Frauen häufiger als Männer) haben zuweilen eine empfindliche Haut, die auf Wasser und Seife mit Dermatitis und Ekzem reagiert. Augenlider und Ohrfurchen zeigen die größte Empfindlichkeit und erkranken meist zuerst. Zur Behandlung genügt oft das Waschverbot nicht, da die Tränenfeuchtigkeit, der Schweiß, Temperaturwechsel usw. noch immer schädigend wirken. Essigsaure Tonerde mit etwas Glyzerinzusatz und Spiritus helfen nur in leichten Fällen. Etwas besser wirkt 5% Tanninlösung, doch ist sie unangenehm klebrig. Philippson (Hamburg) empfiehlt für solche Fälle warm 1%ige Milchsäurelösung, der man behufs Konservierung 1‰ Salizylsäure zusetzt (dieser Zusatz empfiehlt sich auch für die 5%ige Tanninlösung). Man wäscht mittels Wattebausch die Lider oder Ohrengegend oder die sonst befallenen Partien mit der Milchsäurelösung statt mit Wasser und Seife oder nach Wasser- und Seifengebrauch oder nach anderen Schädlichkeiten.

Beim Analjucken spielt weniger die Empfindlichkeit der Haut als die Ansiedlung der Darmflora eine Rolle sowie die venöse Stauung bei bestehenden Hämorrhoiden (Oxyuren sollen hier außer Betracht bleiben).

Nur selten genügt zur Behandlung regelmäßiges Waschen mit Seife nach jeder Defäkation. Bestrahlungen verschaffen für längere Zeit Ruhe. Sehr bewährt hat sich das haltbare und milde Chlormittel „Magnozid" (E. Merck). Man löst ein bis zwei Tabletten (zu 1 g) in 1 l Wasser und schüttelt vor dem Gebrauch tüchtig um („Magnozidwasser") oder man gießt auf 25 g Magnozidpulver 1 l Wasser und hat, ohne zu schütteln, stets ein gut gesättigtes Chlorwasser, das durch einfaches Nachgießen von Wasser monatelang brauchbar bleibt („Magnoziddauerwasser"). Befeuchtet man einen Wattebausch mit diesem Wasser und reinigt nach jeder Defäkation sorgfältig die Analfalten und wiederholt diese Prozedur eventuell noch vor dem Schlafengehen, so bleibt das lästige, namentlich das nächtliche Jucken sicher aus.

Dasselbe Verfahren eignet sich für das Jucken der intertriginösen Ekzeme, weil das Chlor die verursachenden Pilze abtötet. Da aber die disponierende Schweißabsonderung durch das Magnozidwasser kaum beeinflußt wird, verdient hier das zugleich juckstillende und austrocknende „Luzidol" (Benzoylsuperoxyd; Oxydogesellschaft für chem. Produkte, Charlottenburg, Salzufer 16) den Vorzug. Man verordnet 10 g Luzidol und läßt anfänglich morgens und abends etwas von dem Pulver mit dem Finger in die Haut einreiben; später seltener. Für die Anal- und Skrotalhaut eignet sich das Luzidol weniger, da es hier brennt. (D. m. W. Nr. 13, 1925.)

Gonorrhoe — Vakuumbehandlung.

Die Gonokokken dringen in die Gänge und Hohlräume der einzelnen Drüsen der Harnröhre, welche Gänge dann durch das Krankheitssekret erfüllt sind. Die eingespritzten Antiseptika sind daher mechanisch gehindert, in die Drüsen einzudringen, und erreichen die dort befindlichen Gonokokken nicht. Dies ist der Grund, daß die Heilung mancher scheinbar unkomplizierten Gonorrhoe der Pars anterior verzögert wird und sich somit die Gelegenheit zum Weiterschreiten des Prozesses ergibt. — Geist (Budapest) will diese Schwierigkeit durch seine Vakuumbehandlung ausschalten. Er hat ein endoskopähnliches Instrument konstruiert, das in die Harnröhre eingeführt wird und an welchem dann mit einer Spritze das Sekret aus allen Drüsengängen abgesaugt werden kann. Hierauf erfolgt die Behandlung in der gewöhnlichen Weise mit der Druckspritze. Er gibt aber auch eine etwas größere und kostspieligere Apparatur (für Heilanstalten) an, die es ermöglicht, das Sekret abzusaugen und gleich darauf das Antiseptikum zu injizieren und mit demselben Apparat diesen Vorgang beliebig oft zu wiederholen. (Derm. Wschr. Nr. 15, 1925.)

Lichtschutz durch Tannin.

Sehr starker Lichtreiz erzeugt bekanntlich bei jedem Menschen Dermatitis oder Eccema solare. Daneben gibt es „überempfindliche" Menschen, deren Haut schon bei schwachen Lichtreizen erkrankt, und schließlich „Lichtidiosynkrasiker", die schon bei geringsten Sonneneinwirkungen Hydroa vacciniforme, Prurigo aestivalis und seltener Urtikaria bekommen. Die Behandlung solcher Hauterkrankungen ist leicht, die wichtigere Aufgabe des Arztes ist hier die Prophylaxe. Man erreicht diese nach Meyer und Amster (Univ.-Hautklinik, Breslau) auf dreierlei Art:

1. Die rein physikalische Abfilterung der entzündungserregenden Strahlen. Hiezu wurden rote Schleier empfohlen, dann die Präparate „Zeozon" und „Ultrazeozon"; schließlich hat L. Freund (Wien) nachgewiesen, daß einfaches Vaselin und Lanolin ebenso stark wie diese Präparate das Licht absorbieren. Allerdings ist ihre praktische Verwertung

ziemlich schwer, da sie dick aufgetragen werden müssen und beim Schwitzen schnell wieder abgeschwemmt werden.

2. Die Desensibilisation, das heißt die Gewöhnung an Licht. Man kann z. B. einen solchen Lichtüberempfindlichen alle acht Tage mit künstlicher Höhensonne bestrahlen, anfangend mit kleinsten Dosen (eine Viertel Minute bei 50 cm Abstand) und sehr langsam steigend. Die Erfolge sind vorzüglich. Ähnliches kann man mit einer Abhärtung der Haut gegen jeden Reiz überhaupt („polyvalente Desensibilisierung") erreichen. So behandelte Veiel solche Patienten mit einer Tanninsalizylsalbe, welcher er langsam ansteigend ½ bis 12% Schwefel hinzufügte. Es ist dies dasselbe Prinzip, welches wir bei der Ekzembehandlung anwenden, wenn wir von schwachen allmählich zu immer stärkeren Mitteln übergehen.

3. Auf eine neue dritte Methode machen die Verf. aufmerksam. Gewisse Substanzen wirken nämlich auf die Haut so ein, daß dieselbe auf die Strahlen nicht mehr mit Entzündung reagiert. Es scheint sich da um kolloidchemische Veränderungen des Protoplasmas zu handeln, die man am besten als „biologischen Lichtschutz" bezeichnet. Eine solche praktisch brauchbare Substanz ist das Tannin. Die Verf. fanden bei Versuchen, daß die bakterizide Kraft der Höhensonnenbestrahlung wesentlich herabgesetzt wird, wenn die Bakterien in schwachen Tanninlösungen (1 : 200.000 bis 1 : 200 aufgeschwemmt sind. Bei praktischer Erprobung zeigte sich nun tatsächlich eine äußerst günstige Wirkung des Tannins bei Lichtüberempfindlichen. Auftragen einer 10%igen Tannin-Vaseline, aber auch Aufpinselung einer 10%igen alkoholischen Tanninlösung schützt auch gegen starke mehrstündige Sonnenbestrahlung in der Ebene. Die schützende Wirkung war noch nach 44 Stunden feststellbar. Das von L. Freund zum Lichtschutz empfohlene naphtholsulfosaure Natrium („Antilux") ist ein bekanntes Gerbmittel der Lederindustrie, und seine Wirkung dürfte auf denselben Ursachen beruhen wie die des Tannins. (Klin. Wschr. Nr. 19, 1925.)

Sycosis coccogenes.

Von Prof. G. Stümpke (Hannover).

Während die parasitäre Bartflechte und die Mikrosporie, die sich in der Kriegs- und Nachkriegszeit in großen Epidemien ausbreiteten, jetzt wieder seltener geworden sind, tritt die von Kokken hervorgerufene Bartflechte eher wieder häufiger auf. Sie verdient wegen ihres oft chronischen Verlaufes, ihres unsicheren Ausganges und ihrer häufig sehr schwierigen Behandlung unser besonderes Interesse. Bekanntlich ist die Sycosis coccogenes bedingt durch Staphylokokken (meist Staphylococcus aureus, seltener citreus und albus), die in die Haarfollikel eindringen, dort Entzündungen und Eiterungen erzeugen, oft Einschmelzung auch der Umgebung, so daß Haarverlust und Narbe resultieren. Die meist begleitende Perifolliculitis ruft in der Umgebung Dermatitis und Ekzeme hervor. Die akute kokkogene Bartflechte zeigt in milden Formen lediglich ein Hervortreten der Follikel, die später eine Eiterkuppe tragen und oft in typischer Weise von einem Haarschaft durchbohrt sind. Bei stärkerer Entzündung tritt Rötung und Schwellung der ganzen befallenen Partie auf, die stellenweise zu Nässen und Borkenbildung führen. Die chronische Form zeigt weniger Rötung und Schwellung, kein Nässen und keine Borken mehr, die Verfärbung ist mehr eine bläulichrote, der Farbton nicht so satt; die Schwellung zeichnet sich mehr durch eine gewisse Härte aus. Natürlich sieht man bei chronischen Fällen nicht selten akute Nachschübe. Besonders schwere Reizzustände treten auf bei massiver Infektion, bei fehlerhafter Therapie (mit reizenden

Substanzen im akuten Stadium) und bei Komplikation mit Seborrhoe, Ekzem oder Psoriasis. Vorzüglich tritt die Bartflechte zuerst an der Oberlippe (Rhinitis) auf, sehr oft aber auch an Kinn, Wangen oder Hals, seltener an Wimpern und Augenbrauen, ja auch die Kopfhaare und andere behaarte Körperteile können ergriffen werden. Sehr wichtig ist, daß Follikulitiden und Eiterungen an anderen Körperstellen durch neue Infektion immer wieder zu Nachschüben der Bartflechte führen können; man muß hieran denken und zuerst solche Eiterungen zur Heilung bringen. Schließlich bildet die Sycosis coccogenes bei langem Bestande einen Locus minoris resistentiae, auf dem sich Seborrhoe, Ekzem und sogar Syphilide besonders leicht ansiedeln.

Die Differentialdiagnose gegenüber Trichophytie ist im Anfangsstadium oft nicht leicht. Oberflächliche Eiterung spricht mehr für Sycosis coccogenes, tiefere mehr für Trichophytie, einseitiges Auftreten mehr für Trichophytie, doppelseitiges für Sycosis coccogenes, kleine umschriebene Herde mehr für Trichophytie, die diffusen Formen mehr für Sycosis coccogenes und schließlich Auftreten in Ringform oder Tumorform für Trichophytie. Entscheidend ist natürlich der Pilzbefund. Zur Diagnose kann ferner noch die Allgemeinreaktion auf Trichophytin herangezogen werden. Etwaige Eiterungsprozesse am übrigen Körper (siehe oben) können die Diagnose Sycosis coccogenes unterstützen. — Zur Unterscheidung gegenüber Impetigo contagiosa ist das explosionsartige Auftreten der Impetigo und deren anfangs charakteristische Bläschenform zu verwerten; auch sind die Effloreszenzen der Impetigo größer. Der Furunkel ist dagegen wieder größer als die Sycosis-Effloreszenz und macht im Gesicht meist stürmische Erscheinungen. Die Unterscheidung vom Ekzem ist anfangs leicht: Die Lokalisation (Oberlippe) ist zu berücksichtigen, bei der Sycosis ist die Eiterung an den Follikel gebunden, der oft von einem Haarschaft durchbohrt ist. In der Praxis aber liegt die Sache oft nicht so klar. Bei einer Verschlimmerung der Sycosis wird oft die Frage entstehen, ob die neuen Effloreszenzen ein durch Reizung aufgepfropftes Ekzem oder neue Sycosisnachschübe sind. Schließlich kommt noch die Seborrhoe differentialdiagnostisch in Betracht, die aber stets schon lange bestanden (Anamnese) und auch andere Körperstellen ergriffen hat.

Therapie: Bei der akuten Form hüte man sich vor reizenden Salben, Quarzlampe und Röntgen, die eine schnelle Ausbreitung und Verschlimmerung des Prozesses hervorrufen können. Hier kommen nur ganz milde indifferente Salben in Betracht. Bei starker Schwellung ohne ekzematöse Komplikation Umschläge mit Borwasser, Kal. permangan., essigsaurer Tonerde u. dgl. Röntgen- und Quarzbehandlung ist übrigens schon darum oft gar nicht nötig, weil sich eine akute Form der Sycosis coccogenes unter ganz milder konservativer Behandlung von selbst zurückbilden kann. Auch die Proteintherapie kommt im allgemeinen bei akuter Bartflechte nicht in Betracht. Eine Ausnahme machen nur die Terpentininjektionen, die oft günstig wirken. — Bei der chronischen Form dagegen kann es gerade erwünscht sein, eine lange bestehende, auf nichts mehr reagierende Gewebsveränderung in einen gewissen Reizzustand zu versetzen, und zwar mit reizenden und zugleich desinfizierenden Salben, Pinselungen und Tinkturen, wie Salizyl-, Schwefel-, Zinnober-, weiße Präzipitat-, Diachylon-, Chrysarobin-(¼%), Cignolin-(¼%) und Sublimatsalben, Jod und Quecksilber, Jodtinktur, 2% Trypaflavinlösung usw. Auch ist das ätiologische Moment zu berücksichtigen: Behandlung einer Rhinitis und von Eiterungen an anderen Körperstellen. Größere Tiefenwirkung entfaltet die Röntgenbestrahlung, von der

weiter unten zu sprechen sein wird. Besonders nützlich ist aber durch ihre Einwirkung auf den Gesamtorganismus die Proteintherapie. Besser als Aolan und alle die übrigen neuen Injektionsmittel bewähren sich bei Sycosis intramuskuläre Milchinjektionen, und zwar nicht mehr als drei Injektionen von je 3 bis 5 cm³. Ist dann eine ausgesprochene Gewebsveränderung nicht erzielt, so haben größere und häufigere Dosen auch keinen Effekt. Tritt nach den Proteinkörpern eine deutliche Reaktion auf, so wird man zunächst indifferent örtlich weiter behandeln und erst nach einiger Zeit auch die oben angegebenen Salben verwenden. Beim Versagen der Proteintherapie ist noch ein Versuch mit Autovakzine oder polyvalenter Vakzine (Opsonogen, Leukogen, Staphar) aussichtsreich. Schließlich sind eventuell noch jene Medikamente heranzuziehen, die eine gewisse Sterilisierung des Organismus bezwecken, wie Kollargol, Elektrokollargol, Trypaflavin, Preglsche Jodlösung usw. Verfasser bevorzugt das Trypaflavin und das Kollargol, ersteres beginnend mit 2 cm³ einer ½%igen Lösung, letzteres beginnend mit 2 cm³ einer 2%igen Lösung, beide intravenös, beide in Abständen von vier bis fünf Tagen, im ganzen vier bis fünf Injektionen.

Die Röntgenbehandlung bedeutet einen großen Fortschritt in der Behandlung der Sycosis coccogenes. Doch sind folgende Punkte streng zu beachten. Zunächst ist die Röntgenbehandlung, wie erwähnt, bei den akuten Formen kontraindiziert. Ferner darf man nicht zu kleine Dosen verzetteln, sondern muß auf einmal eine wirksame Epilationsdosis geben. Schließlich darf man sich nicht darauf verlassen, daß nach der Röntgenbehandlung die Haare von selbst ausfallen, sondern muß im geeigneten Zeitpunkt selbst mit der Pinzette epilieren und zu diesem Zwecke die Patienten in den ersten Wochen nach der Röntgenbestrahlung öfters bestellen. Denn von wenigen zurückgebliebenen Haaren kann die Bartflechte von neuem ihren Ausgang nehmen. — Wenn man diese Punkte berücksichtigt, so bringt die schmerzlose Röntgenepilation Heilung auch in schon jahrelang erfolglos behandelten Erkrankungen und ist also das Mittel der Wahl für besonders schwere Fälle. Eine Wiederholung der Röntgenepilation darf nur nach längerer Zeit bei echtem Rückfall der Sycosis coccogenes erfolgen, nicht etwa schon bei Auftreten einer Reizung oder eines pustulösen Ekzems. (Klin. Wschr. Nr. 15, 1925.)

Syphilistherapie mit Neosalvarsan + Mesurol und Liquor.

Von Schreus und E. Hoffmann wurde ein neues Wismutpräparat, das Mesurol („Ars Medici" 1924, S. 430), in die Syphilisbehandlung eingeführt. Diese erfolgt in Kombination mit Neosalvarsan derart, daß wöchentlich zweimal beide Mittel gleichzeitig einverleibt werden, und zwar je eine intravenöse Injektion von 0.45 (bei Frauen 0.3) Neosalvarsan und 0.75 Mesurol (nicht mehr wie früher 1.0 g, weil manchmal Nierenreizung oder Stomatitis bei dieser Dosis auftreten, daher stete Harn- und Mundkontrolle nötig!). Wird das Neosalvarsan gut vertragen, so steigt man später bis auf 0.6 pro dosi. Da das Mesurol doppelt so viel metallisches Wismut enthält als das früher angewandte (und sich sehr gut bewährende, fast stets gut vertragene — Ref.) Bismogenol, so darf es nur in der halben Dosis dieses Wismutpräparates gegeben werden. Die Gesamtdosis an Neosalvarsan soll bis zu 6 g, die des Mesurols bis zu 10 bis 15 g betragen. Die Erfolge waren bei mehreren Hunderten von Fällen sehr gut. Hinsichtlich des Liquors zeigte sich, daß gut behandelte Fälle nur 10%, ungenügend behandelte bis zu 80% (!) Liquorveränderungen aufwiesen. Im Primärstadium wurde, auch wenn die Wassermann-Reaktion bereits positiv war, durch die Behandlung stets negativer Liquor erzielt. — Diesen Mitteilungen

folgt ein derzeit noch etwas zurückhaltender Hinweis auf die Malariatherapie Kyrles und Berings („Ars Medici“ 1924, S. 545); ferner die Malariatherapie der Paralyse („Ars Medici“ 1923, S. 256, 1924, S. 249 und S. 296). — Sehr wichtig ist es, das Publikum auf die enorme prophylaktische Bedeutung der Liquoruntersuchung und deren unbedingte Notwendigkeit aufmerksam zu machen, was E. Hoffmann auch durch ein angeschlossenes Merkblatt illustriert. (Derm. Ztschr. Bd. 43, H. 5/6, 1925.)

Diagnose.

Bauchpalpation in linker Seitenlage

erleichtert nach Prof. M. Gubergritz (Univ.-Klinik, Kiew) ganz wesentlich vorwiegend die Untersuchung der Organe in der rechten Bauchhälfte, da in dieser Lage allmählich eine bedeutende Erschlaffung der rechten Bauchpresse eintritt. (M. m. W. Nr. 12, 1925.)

Röntgendiagnose der Bronchiektasie mit Lipiodol.

Die Bronchiektasie bietet nicht selten diagnostische Schwierigkeiten. Es ist daher zu begrüßen, daß jetzt in dem „Lipiodol Lafay“ ein Kontrastmittel zur Füllung der Bronchiektasien zur Verfügung steht. (Leider ist in dem Originalartikel die Adresse des Erzeugers dieses Präparates nicht angegeben, doch wird es wohl durch jede Apotheke Frankreichs zu beziehen sein. — D. Red.). Das Lipiodol ist eine klare, ölartige Flüssigkeit, die trotz ihres hohen Jodgehaltes (0.54 cg im Kubikzentimeter) nicht ätzt, auch intramuskulär angewandt wird und unschädlich ist. Sicard und Forestier haben es als Kontrastmittel in die Röntgenologie eingeführt. Die Technik der Untersuchung ist sehr einfach. Nach vorheriger lokaler Anästhesierung des Larynx werden mittels Larynxspritze von dem im Wasserbad erwärmten Lipiodol tropfenweise bis zu 15 bis 20 cm^3 eingeführt. Sergent und Cottenot haben die Injektion auch von außen her empfohlen, indem sie mit einer gebogenen Kanüle das Ligamentum cricothyreoideum durchstachen. Armand-Delille hat für Kinder eine Art Troikart angegeben, der nach genau vorgeschriebener Technik (Presse médicale Nr. 39, 1924) eingestochen wird. Das Einführen des Lipiodols verursacht bei guter Anästhesie niemals größere Beschwerden. Nach Aufhören der Anästhesie (etwa zehn Minuten) wird es zum größten Teil wieder ausgehustet; ein kleiner Teil bleibt in den Bronchien und Alveolen, wird von dort in das Lungenparenchym resorbiert und ist als diffuser Schatten noch einige Tage sichtbar. Dieser im Organismus verbleibende Rest des Präparates ist nicht nur nicht schädlich, sondern wegen seines Jodgehaltes sogar therapeutisch von Nutzen. So sahen französische Autoren nach Anwendung des Lipiodols ein Absinken der täglichen Sputummenge von 180 auf 25 g.

Die diagnostische Verwendung des Lipiodols hat Kovats (Szeged) nachgeprüft. Die Bilder, welche man von den Bronchien erhält, sind von geradezu verblüffender Deutlichkeit und von großem Detailreichtum. Fälle, in denen ohne diese Kontrastfüllung nur aus wenigen undeutlichen ringförmigen Schatten eine Bronchiektasie vermutet werden konnte, zeigten die erweiterten Äste und Ästchen in der schlagendsten Weise. Neben den Bronchiektasien kann das Verfahren natürlich auch zur Diagnostik der

Tbc., der Gangraena pulmonum usw. verwertet werden. (D. m. W. Nr. 16, 1925.)

(Die Methode wird auch an den Wiener Kliniken bereits geübt. Hier haben Dozent Beck und Nather eine Vereinfachung der Methodik angegeben. Dozent Luger berichtete über therapeutisch günstige Einwirkung des Lipiodols. — D. Red.)

Der Schulterschmerz bei Perforation eines Magen- oder Duodenalgeschwürs, auf welchen zuerst Oehlecker aufmerksam gemacht hat, wird von R. Stohr (Krankenhaus, Komotau) als wichtiges Fernsymptom des N. phrenicus in diagnostisch unsicheren Fällen der Beachtung des Praktikers empfohlen. Das Symptom wurde in sieben Fällen als intensiver, ziehender oder reißender Schmerz, stets in der rechten Schulter beobachtet, meistens gleichzeitig mit den Bauchschmerzen. In einem Falle von vermuteter Ulkusperforation fehlte der Schulterschmerz und die sofortige Operation ergab akute Cholelithiasis. Anderseits konnte in einem als akute Appendizitis eingelieferten Fall die Diagnose Ulkusperforation gestellt und durch die Laparatomie bestätigt werden. Der Schnitt hat dann entsprechend oberhalb des Nabels in der Mittellinie zu erfolgen. (Vgl. „Ars Medici" 1922, S. 542.) (W. kl. W. Nr. 11, 1925.)

Aus der Praxis.

(Originalarbeiten.)

(Aus dem Säuglingsheim des oberösterreichischen Landesjugendamtes in Steyr.)

Über Säuglingsnahrung.

Von Dr. K. **Barchetti,** leitender Arzt.

Wenn auch dank unermüdlicher Propaganda in Wort und Bild das Stillen erfreulicherweise weite Verbreitung gefunden hat, sozusagen wieder „Mode" geworden ist, so gibt es leider noch immer reichlich genug Fälle, wo wir gezwungen sind, zur künstlichen Ernährung (Kuh- oder Ziegenmilch) zu greifen. Wir wissen ja, daß das Gefahrmoment dieser Ernährungsweise für den Säugling umso größer, je jünger er ist.

Um die „artfremde" Milch der Frauenmilch anzugleichen, verwenden wir die Methode der Milchverdünnung, wobei wir aber nicht unter die Hälfte herabgehen wollen.

Dabei ergibt sich nun die wichtige Frage: Wie wird am zweckmäßigsten das Kaloriendefizit gedeckt, das infolge der Milchverdünnung entsteht? Wie auch Finkelstein hervorhebt, geschieht diese Ergänzung am besten nicht durch ein Kohlehydrat wie Zucker allein, sondern wird hiezu noch das Kohlehydrat des Weizenmehls, und zwar in seiner diastasierten Form als sogenanntes Zwiebackmehl mit besonderem Vorteil verwendet. Dies zeigt sich darin, daß vermehrte Darmgärungen und damit Durchfälle, wie sie bei Zucker allein öfter auftreten, vermieden werden, anderseits aber der Körperansatz, der ja beim jungen Säugling hauptsächlich in einer Wasserspeicherung besteht, dadurch sehr gefördert und erleichtert erscheint.

Bekanntlich wird von unverständigen Eltern letztere Eigenschaft des Zwiebackmehls mißbraucht, um ihren Säugling durch überreichliche Gaben zu einem sogenannten Prachtkind, richtiger gesagt „Mastkind"

heranzuziehen. Dies kann nicht genug verurteilt werden, doch können wir uns anderseits nicht der Meinung derer anschließen, die Mehle wegen des eventuellen „Mehlnährschadens" gänzlich ablehnen; es gilt hier eben auch, den goldenen Mittelweg zu halten. Besonders soll schematische Anwendung ohne Rücksicht auf Ernährungszustand und Konstitution des Säuglings vermieden werden. Da bei Ernährungsstörungen im Säuglingsalter die diätetische Verordnung zugleich meist auch schon die Therapie darstellt, so ist eine genaue Indikationsstellung dabei von grundlegender Bedeutung.

Bei Auswahl eines Zwiebackmehls ist neben tadellosem Material auch auf eine entsprechende Art der Vermahlung zu achten. Es ist klar, daß für den zarten Säugling der ersten Monate ein möglichst fein gemahlenes Produkt leichter verdaulich und resorbierbar sein wird, während für den älteren Säugling eine gröbere Ausmahlung zweckmäßiger ist, weil dadurch schon der Darmtrakt für die spätere gemischte Nahrung vorbereitet wird.

Im Gegensatz zu den bisherigen Kindernährmehlen ist diesem Umstand bei den Präparaten, wie sie nach Angabe von Primarius Dr. Reiß von den Ring-Brot-Werken in Linz hergestellt werden, Rechnung getragen, indem zwei Sorten (Säuglingszwieback und Kindernährmehl) erzeugt werden.

Diese Präparate stehen seit mehr als einem Halbjahr in unserem Säuglingsheim in ausgedehnter Erprobung und Verwendung. Zusammenfassend kann nur berichtet werden, daß das Ergebnis vollkommen den Erwartungen entspricht und als sehr befriedigend zu bezeichnen ist.

Besonders Atrophiker, wie sie ja häufig von ungeeigneten Kostplätzen durch das Landesjugendamt dem Heim überwiesen werden, erholen sich auffallend schnell bei ansteigender Dosierung des Präparates und zeigen wieder normalen Gewebsturgor.

Dazu wäre bezüglich des Energiequotienten zu bemerken, daß das Schema von 100 Kalorien pro Kilogramm Körpergewicht nicht streng eingehalten wurde, da die Erfahrung zeigte, daß bei entsprechender Vorsicht der Energiequotient auf 160 und mehr gesteigert werden kann, ohne zu schaden; im Gegenteil werden dadurch oft sonst unerklärliche Gewichtsstillstände behoben und besseres Gedeihen erzielt. Selbstverständlich gilt dies aber nicht für exsudative, ekzembereite Säuglinge.

Es wurden auch Versuche angestellt, dahingehend, diese Präparate, besonders den Säuglingszwieback als Zusatz zu „Heilnahrungen", wie Eiweißmilch, in Verwendung zu nehmen. Es wurde dazu die von Moll[1] modifizierte Eiweißmilch (Finkelstein) herangezogen, bei welcher die Kaseinfällung durch Calcium lacticum hervorgerufen wird[2]. Die Kohlehydratanreicherung der Eiweißmilch nach Ablauf der akuten Darmerkrankung, im beginnenden Reparationsstadium ist meist ein schwieriges Problem, da einerseits die Anreicherung nach Finkelstein relativ schnell gesteigert werden soll, anderseits die Gefahr des Rückfalles dadurch nicht zu unterschätzen ist, da leicht wieder Gärungen im Darm auftreten können. Unsere Versuche umfassen wohl erst eine geringe Zahl, lassen aber bereits erkennen, daß das Dr. Reiß-Zwiebackmehl in der Reparation nach schwersten Darmkatarrhen (sieben bis acht dyspeptische Stühle pro Tag) auffallend gut vertragen und nie Rückfälle beobachtet wurden. Auch der sonst oft beobachtete Gewichtsstillstand in der weiteren Rekonvaleszenz ließ sich durch dieses Präparat leicht beheben.

---

[1] Vgl. Moll, „Zur diätetischen Behandlung der Säuglingsdyspepsie", „Ars Medici" 1922, Seite 410.

[2] „Calcia-Tabletten Nr. 2", Pharmazeut.-Industrie A.-G., Wien („Phiag").

Zusammenfassend möge hervorgehoben werden, daß in Fällen, wo Frauenmilch nicht zur Verfügung steht, nach den Erfahrungen in unserem Säuglingsheim die Nährpräparate nach Dr. Reiß (Säuglingszwieback und Kindernährmehl) als Zusatznahrung des Säuglings in gesunden und kranken Tagen vorzüglich geeignet sind.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.[1]

Fragen.

127. Patientin, 18 Jahre alt, leidet nach Influenza an Paresis des Nervus acusticus, rechts total, links partiell. Ich habe versucht: Injektionen mit Pilocarpin 0.01 bis 0.06 pro dosi und Faradisation, aber ohne Erfolg. Gibt es noch eine andere wirksame Therapie? Dr. P. in E.

128. Patientin, 38 Jahre alt, Lues vor drei Jahren, sonst immer gesund gewesen. Nach Neosalvarsan- und Wismutkuren WaR negativ. Seit zwei Jahren zeitweise Sehstörungen, kann jedoch feinste Näharbeiten verrichten. Ophtalmologischer Befund: Tuberkulöse punktförmige Trübungen im Glaskörper. Ektebinkur mit wechselndem Erfolg. Wochenlang sieht die Patientin tadellos, dann kommen wieder Steigerungen der Beschwerden. Therapie? Prognose? Dr. Z. in T.

129. 63jähriger, leicht arteriosklerotischer Patient erkrankte vor einem halben Jahre an typischem Herpes zoster mit starken neuralgischen Schmerzen im Verlaufe des V., VI. und VII. Interkostalnerven. Die reichliche Bläscheneruption heilte nach langwierigem Verlaufe ab, jedoch dauern die heftigen neuralgischen Schmerzen bis heute an. Alle üblichen Antineuralgika und Antirheumatika, sowie Jod, Arsen, Elektrizität und Thermophor blieben erfolglos. Dr. V. G. in C.

130. Junger, gesunder Mann wurde voriges Jahr von einem Hunde gebissen und sofort der antirabischen Behandlung zugeführt. Diese wurde unterbrochen, als sich beim Hunde keine Tollwut zeigte. Gelegentlich einer zufälligen Untersuchung im März dieses Jahres wurde bei dem Patienten Verengerung, Ungleichheit und Starre der Pupillen festgestellt. Lues ist auszuschließen, WaR negativ. Andere Veränderungen fanden sich nicht, auch keine subjektiven Beschwerden. Sehschärfe normal. Sind solche Folgen der Impfung bekannt? Dr. F. in G.

131. Kennt jemand ein Lehrbuch der inneren Krankheiten, geschrieben in Form eines Seminars, wie es z. B. das „Geburtshilfliche Seminar" von Liepmann ist? Dr. G. in N.

132. Ist ein im Steinkohlenbergbau beschäftigter Grubenarbeiter nach Verlust des Sehvermögens eines Auges für Grubenarbeit noch geeignet? Dr. B. W. in M.

133. Ich empfahl einem Patienten eine sogenannte „Schnarchbinde". Nach Angabe der Ehegattin schnarcht der Patient mit der Binde eher noch mehr als früher. Gibt es wirklich kein Mittel dagegen? Dr. D. in C.

---

[1] Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Raummangels werden nur die Anfragen von allgemeinem Interesse veröffentlicht. Behufs etwaiger brieflicher Beantwortung ersuchen wir daher um Beifügung von Rückporto. Die Red.

134. Einjähriges Kind mit schwerer D y s e n t e r i e mit 14 bis 20 eitrig-blutigen Stühlen. Ich verordnete Antidysenterieserum, Darmspülungen mit Jodoform, Tannin, Kochsalz und Laudanum, warme Antiphlogistinumschläge auf das Abdomen, Subkutaninfusionen von Serum glycosé. Als Nahrung schlug ich, da Wasserdiät schon seit einigen Tagen durchgeführt worden war, E i w e i ß m i l c h mit Nährzucker vor, in steigender Menge bis zu einem Liter nach fünf Tagen. Es wurde die Eiweißmilchkonserve von Wirz in Basel verwendet, die mir in anderen Fällen gute Dienste geleistet hatte. Als Nährzucker nahm ich das Nutromalt von Wander in Bern. Diese Nahrung wurde mäßig gut genommen, nicht mehr als 100 g auf einmal, und verursachte hie und da Brechreiz. Die Stühle besserten sich, hingegen wurde der Allgemeinzustand bedeutend schlechter; es zeigten sich Intoxikationserscheinungen, wie Pulsschwäche, Zyanose und Apathie. Auf Senfbad und Kampferinjektionen erholte sich das Kind wieder. Es wurde Fleischbrühe, Eiweißwasser und Wasser gegeben. Neuerlich eitrig-blutige Stühle und Abmagerung. Jetzt wurden wieder kleine Eiweißmilchmengen verordnet, welche gut genommen wurden und auch die Stühle besserten. — Ich beziehe die erste Verschlimmerung des Allgemeinzustandes auf die Eiweißmilch. Gewöhnliche Milch soll ja bei bazillärer Ruhr nicht gegeben werden, da die Bazillen in ihr einen günstigen Nährboden finden. Welche Bestandteile der Milch liefern den günstigsten Nährboden für die Bazillen und welcher Schluß ist daraus für die Verwendung von Eiweißmilch bei Dysenterie zu ziehen? Dr. M. S. in K.

135. Versehentlich injizierte ich einer 22jährigen Patientin i n t r a v e n ö s 10 cm³ einer 1%igen Lösung von Hydrargyrum oxycyanat. — Sofort nach der Injektion: angestrengtes krampfartiges Atmen, Rollen der Augen, leichte Konvulsionen der Extremitäten und der Gesichtsmuskulatur (Trismus), Herz normal. Nach etwa drei Minuten erholte sich die Patientin und ging nach Hause. Nach zwei Stunden: Patientin geordnet, nur Brechreiz und öfteres Urinieren. Ausgiebige Defäkation. Puls normal, keine Bauchschmerzen, kein Tenesmus. Therapeutisch Milch, Kalkwasser und Kognak. — Vier Stunden nach der Injektion: zwei dünnflüssige Stühle, hat einige Male nach Einnahme von Milch erbrochen, Puls 72. — Zwölf Stunden nach der Injektion: wieder drei hellrotblutige Stühle, Erbrechen, Puls normal. Subjektiv schwach, sonst geordnet und bei klarem Bewußtsein. Wie ist die Prognose und wo kann ich darüber nachlesen?

Dr. J. in S.

136. 29jährige, gesunde Mutter von vier Kindern hat sich das E s s e n v o n K a f f e e b o h n e n so angewöhnt, daß sie es nicht mehr lassen kann und oft eine halbe Hand voll in den Mund steckt. Was könnte man dagegen tun? Dr. H. in S.

137. 48jähriger, kräftiger, intelligenter Mann, gewesener Marineoffizier, derzeit Beamter, ist ausgesprochener Q u a r t a l s ä u f e r. Zwei bis drei Monate sehr mäßig, zärtlicher Gatte und Vater, beginnt er unvermittelt, oft im Bureau, sich zu berauschen ohne jede Rücksicht auf Dienst, Stand und Familie. Nach zwei bis drei Tagen Katzenjammer, Einsicht und Versprechen der Besserung. Gibt es Abhilfe, abgesehen von einer Anstaltsbehandlung, zu der er absolut nicht zu bestimmen wäre?

Dr. H. B. in T.

138. 32jähriger Dr. jur. bemerkte vor eineinhalb Jahren eine Verhärtung am Hoden, die nach Salbenbehandlung verschwand. Februar 1925 nach einem Trauma Schmerzen und Schwellung des Hodens. Punktion ergab Blut. Nach Exstirpation zeigte der mikroskopische Befund H o d e n k a r z i n o m, welches wegen ausgedehnter Drüsenmetastasen bereits in-

operabel ist. Hat die Behandlung mit Antimeristem und Matusem (Serum-Werk O. & W. Schmidt in München) Aussichten (die Kur wurde vor 14 Tagen begonnen, zeigt typische Herdreaktion und leichte Besserung von Stuhl und Nerven, leider nicht des Appetites)? Was könnte in diesem Falle noch versucht werden? Gibt es charakteristische Symptome des beginnenden Karzinoms oder Sarkoms des Hodens? Dr. M. H. in T.

139. Ich habe infolge anstrengender Praxis bei Schnee und Sturm mir ein Leiden zugezogen, dessen unangenehmstes Symptom das ist, daß ich morgens 4 Uhr wegen heftiger Schmerzen in der rechten Brustseite erwache und nicht liegen kann. Die Schmerzen sind in der Gegend der letzten Rippen, bald am Rücken, bald seitwärts, bald vorn in der Gallenblasengegend. Will ich im Bette bleiben, so kann ich das nur auf dem Bauch liegend. Tagsüber habe ich keine Beschwerden. Vor einiger Zeit bestand noch leichte Druckempfindlichkeit in der Nierengegend und einmal ein etwa entlang dem Harnleiter in den Hoden und Samenstrang ziehender Schmerz. Bin 34 Jahre alt, nie krank gewesen, Hoden, Leber, Harn und Lunge normal. Ist an eine Neubildung zu denken? Dr. M. H. in T.

140. Was ist über Hetol-Injektionen (intravenös) bei Tuberkulose bekannt? Ist das Mittel klinisch erprobt. Dr. N. in D.

141. Ein befreundeter Arzt, 54 Jahre alt, ledig, der im vorigen Jahre einen Schlaganfall hatte, hat sich soweit erholt, daß er wieder leichte Praxis ausübt. Er möchte sich aber ganz zurückziehen. Wer kann mir eine passende Anstalt (Asyl) angeben, in welcher er dauernd bleiben könnte und gut behandelt würde? Er ist vermögend und würde eine Summe zu diesem Zwecke opfern. Dr. L. S. in T.

142. Welches ist die beste und einfachste Methode der Harnstoffbestimmung im Blut und im Harn? Welchen Wert haben die Harn- und Blutuntersuchungen mittels des Autenriethschen Kalorimeters? Dr. M. K. in W.

143. Fünfjährige Tochter eines Arztes ist stumm und geistig etwas zurückgeblieben (Hydrozephalus). Gibt es eine Anstalt in Österreich oder Deutschland, wo das Kind unterrichtet werden könnte? Dr. E. D. in W.

144. 20jähriges Mädchen mit Basedowoid-Erscheinungen, sehr fett und anämisch. Wie kann man die Anämie bekämpfen, ohne die Fettleibigkeit zu steigern? Injektionen werden abgelehnt. Dr. M. M. in S.

145. Neun Monate altes Kind, künstlich genährt, leidet seit mehreren Monaten an vollständiger Appetitlosigkeit. Nach sechs- bis achtstündigem Hungern kein Verlangen nach Essen. Trinkt 30 bis höchstens 100 g, der Rest muß mit Gewalt beigebracht werden, wobei es sehr oft zum Erbrechen kommt. Das Kind sitzt daher noch nicht, wiegt nur 6700 g, hat keine Zähne, ist blaß und mager, sonst lustig, schläft nachts ruhig. Nahrungswechsel (Kufeke, Buttermehl, Milchbrei, Gemüse, Dubo) änderte nichts an der Sachlage. Magenspülung, Quarzlampe und Hungerkur ebenfalls ohne Erfolg. Was ist zu tun? Dr. I. M. in L.

146. Patient, 42 Jahre alt, Fleischer, leidet seit 1920 an epileptischen Anfällen, verursacht durch Zystizerkus des Gehirns. Wurde bis jetzt behandelt mit Bandwurmmitteln, Afenil, Xifalmilch, Jod und Luminal. Was wäre noch zu versuchen? Dr. A. in S.

147. Ein fünfjähriges Mädchen, körperlich gesund, von gesunden Eltern, treibt anscheinend schon seit Jahren im Halbschlaf Onanie. Was ist dagegen zu tun? An der Vagina ist nichts Krankhaftes zu finden.

Keine Oxyuren. Kommt bei einem Kinde dieses Alters schon Hypnose in Frage? Dr. G. in B.

148. Die in der „Ars Medici“ 1924, S. 61, angegebene Behandlungsmethode der chirurgischen Tuberkulose mit Jod nach Hotz hat sich mir als sehr brauchbar erwiesen, besonders in einer Gegend, wo die Tbc. sehr verbreitet ist und die Kranken keine Anstalt aufsuchen können. Kann ich die Methode auch bei einem fünfjährigen Kind mit einer geschlossenen Spina ventosa anwenden und in welcher Dosierung?

Dr. M. G. in K.

149. Es gibt junge, anscheinend vollkommen gesunde Leute mit gesundem Gebiß, die nicht rauchen, bei denen trotzdem ein Foetor ex ore besteht. Wie ist das zu erklären, und wie ist dem abzuhelfen?

Dr. H. in L.

150. Welche Behandlungsmethode hat sich bei Stickhusten am besten bewährt? Wann erlischt die Ansteckungsgefahr mit Rücksicht auf neugeborene Geschwister? Dr. H. M. in G.

151. Gibt es einen Saugapparat, mit dem es gelingt, mit feiner Nadel Aderlässe von 200 bis 300 cm³ in einer Sitzung zu bewerkstelligen? Die Behring-Serülen und Venülen eignen sich wegen ihrer geringen Aufnahmsfähigkeit nicht zu Aderlässen. Dr. H. in S.

152. Bei einem Knaben von 16 Jahren und bei einem Mädchen von 15 Jahren entwickelte sich im Anschluß an Typhus abdominalis Vitiligo. Die Flecke sind in der Größe eines Zehnhellerstückes bis über Fünfkronenstückgröße über Gesicht, Stamm, Arme und Hände verteilt. Die Patienten sind natürlich über die Verunstaltung unglücklich. Bitte um Angabe der Therapie. Dr. E. M. in B.

153. Meine Frau bekam im Anschluß an ein Glas nicht vollkommen ausgegorenen Weines zunächst Urtikaria, welche in wenigen Tagen nach Injektionen von 10% Natr. chlorat. zurückging. Jetzt hat sie aber unaufhörlich das Gefühl eines Fremdkörpers in der Speiseröhre in der Gegend des Kehlkopfes und das Gefühl des Gewürgtwerdens. Außerdem bekommt sie oft nach dem Essen oder wenn sie sich bückt, furchtbare Krämpfe in der Magengegend und entlang der Speiseröhre ohne Erbrechen. Ferner besteht Verstopfung, welche allen Mitteln trotzt. Es werden unter furchtbaren Schmerzen zwei- bis dreimal täglich nur einige ziegenkotähnliche, in Schleim gehüllte Exkremente entleert. Appetit gut, aber Patientin verlor 10 kg, da sie sich oft zu essen fürchtet. Das Leiden dauert jetzt schon sechs Wochen. Atropinpillen und -injektionen, Orexin, Menthol, Spasmolysin, Valeriana, Wismut ohne Erfolg. Bitte um Angabe der Diagnose, Therapie und Prognose. Dr. E. M. in B.

154. Jetzt 34jährige Frau hat 1920 zum ersten Male geboren, und zwar ohne ärztliche Hilfe. Das Kind war tot mit zweimal umschlungener Nabelschnur. Bei der zweiten Schwangerschaft ließ sich die Frau von mir untersuchen. Ich stellte ein rachitisch plattes Becken fest, habe daher bei der Geburt gewendet und ein lebendes Kind erzielt. Ganz der gleiche Vorgang bei der dritten Schwangerschaft. Vor 14 Tagen wurde ich früh ½8 Uhr zur vierten Geburt geholt. Muttermund markstückgroß, mäßige Wehen, das Kind lebte (deutliche Herztöne, objektiv sichtbare Kindesbewegungen), Blase stand. Ich nahm an, daß noch Zeit sei und ich in zwei bis drei Stunden die Wendung machen könnte. Um 10 Uhr wurde ich sofort verlangt. Es war nach Aussage der Hebamme die Blase gesprungen und mit zwei bis drei Wehen das Kind leicht geboren. Das Kind war tot, die Nabelschnur etwa 3 cm vom Hautnabel abgerissen, der Rest der Nabelschnur hing an der noch im Uterus befindlichen Plazenta. An der Rißstelle, aus welcher sich kein Blut entleerte, war die Nabelschnur ganz

dünn und gelblich verfärbt, sonst normal aussehend. Die Stelle machte den Eindruck einer Quetschung; am Rest der Nabelschnur konnte ich ein ähnliches Aussehen durch zehn Minuten langes Anlegen einer Klemme hervorrufen. Da das Kind zwei Stunden vorher bestimmt gelebt hatte, muß ich annehmen, daß sich die Nabelschnur selbst (beim Vorbeitritt am Promontorium?) abgequetscht hat. Ist dies möglich oder welche andere Ursache könnte vorliegen? Kriminelle Maßnahmen sind nach Lage der Umstände auszuschließen. Dr. W. L. in B.

155. Ich habe vor längerer Zeit eine Arzneiprobe gegen Fluor vaginalis zugesandt erhalten, bestehend aus Gelatinekapseln mit Pulverinhalt, mit welcher ich gute Erfolge hatte. Leider habe ich die Adresse verloren. Wer kann mir ein solches Mittel angeben?

Dr. M. H. in D.

156. Ich leide seit zwei Jahren an immer wiederkehrenden periproktitischen Abszessen. Keine Zuckerkrankheit. Keine Hämorrhoiden. Ursache? Vorbeugung? Behandlung. Dr. A. S. in H.

157. Kürzlich las ich über Furunkelbildung einen Aufsatz. Es wurden sterile 3%ige subkutane Injektionen von Karbolsäure empfohlen. Die Erfolge sollen gut sein und die Injektionen sollen nur ein leichtes Brennen verursachen. Wer hat Erfahrung über die Methode?

Dr. K. in H.

Antworten.

Zur Behandlung der Dyspnoe. Der Vorschlag des Kollegen Med.-Rat Dr. Beer („Ars Medici" 1925, S. 139), der beim Treppensteigen früher oder später eintretenden Dyspnoe dadurch möglichst wirksam zu begegnen, daß man das jeweilige Standbein im Kniegelenke möglichst streckt, ist für die Praxis von größerer Bedeutung, als dies bei oberflächlicher Betrachtung den Anschein haben mag. Denn es ist Tatsache, daß der weitaus größte Teil gesunder und kranker Menschen, um nicht zu sagen aller Menschen, beim Treppensteigen das Standbein in leicht gebeugter Stellung ungefähr in einem Winkel von 150°, hält. Die Muskeln, die dies bewirken, haben nichts weniger zu leisten, als fast die ganze Schwere des Oberkörpers, soweit die eine Komponente dieses Kräfteparallelogrammes nicht in die Achse des Unterschenkels fällt, zu tragen. Was eine derartige Leistung einzelner weniger Muskeln bei vielen Herzzuständen bedeutet, das kann nur der Arzt ermessen, der imstande ist, beispielsweise bei Endokarditiden, die speziell mit Myokarditiden vergesellschaftet sind oder bei originären Herzmuskeldegenerationen, wahrzunehmen, wie die Pulszahl deutlich beschleunigt, der Pulsrhythmus oft irregulär wird, wenn der im Bette ruhende Patient nur seinen Arm hebt. — Ich selbst habe die wohltuende Wirkung des Beerschen Vorschlages bereits an einer stattlichen Reihe von Patienten mit deutlichem Erfolge erprobt; ich kann sie täglich bei meinen Patientenbesuchen an mir selbst wahrnehmen. Obgleich ich eine leichte Dyspnoe erst vom vierten Stock an verspüre, empfinde ich deutlich das Gefühl der Schonung und des Ausruhens schon die Stockwerke vorher. So bin ich überzeugt, daß die Beersche Methode mit der Zeit allgemeine Anerkennung und Anwendung finden wird.

Med.-Rat Dr. Ludwig **Stein**, Wien.

Sykosis. Unter den Notizen über Sykosis in „Ars Medici" Nr. 2 und Nr. 4 ist nicht scharf unterschieden worden zwischen Sycosis vulgaris oder simplex und Sycosis parasitaria, und ob die Kur auch binnen zehn Tagen hilft bei Sycosis parasitaria mit harten Knoten im subkutanen Gewebe.

Das könnte vielleicht einen Unterschied machen. Mein Leibmittel aus der Roserschen Schule ist das Unguent. hydrarg. rubrum im letzteren Falle. Unter täglichem Rasieren wird damit andauernd geschmiert. Sollte die Salbe hin und wieder eine Reizung erzeugen, so wird inzwischen Byrolin gebraucht und dann wieder die rote Hg-Salbe. Die durch sie eventuell erzeugte Hyperämie ist der Heilung günstig. Epilieren kann entbehrt werden. (Vgl. den Artikel in diesem Hefte, S. 290. Die Red.)

Dr. J. **Kramer,** Asbach.

Ad 36. Zur klinischen Bedeutung der Temperaturdifferenz. Es ist auffallend, daß über regionale Störungen der Körpertemperatur in den meisten Lehrbüchern keine Erwähnung gemacht wird und deshalb über diesen Gegenstand in weiten Ärztekreisen kaum etwas bekannt ist, obwohl der Nachweis derselben mitunter von diagnostischer Bedeutung sein kann. Bei der Pneumonie konnte Dr. Casali feststellen, daß die Achselhöhlentemperatur an der erkrankten Seite höher als auf der anderen Seite ist, daß ferner die Ausdehnung sowie der Sitz des pneumonischen Prozesses keinen Einfluß auf die Höhe der Temperaturdifferenz ausübt. Ein ferner wenig bekanntes Symptom ist das vom französischen Kliniker Peter angegebene, daß bei einseitiger Lungentuberkulose die Temperatur auf der kranken Seite in der Achselhöhle oft um einige Zehntelgrade gegenüber der gesunden Seite eine höhere ist. Es kommt hiebei nicht auf die Ausdehnung, sondern auf die Akuität des Prozesses an, sie ist deshalb in Fällen mit akutem Verlauf eine ausgesprochene. Sobald auf einer Seite eine chronische, milde verlaufende und auf der anderen Seite eine frische, wenn auch ganz wenig ausgedehnte tuberkulöse Infiltration besteht, so wird die Achselhöhlentemperatur auf der letzteren Seite eine höhere sein (Vogel, Casali). Temperaturdifferenzen beider Körperhälften treten auch infolge bestimmter Verletzungen des Gehirnes auf. So beobachtete Schüller (Berlin) eine neurogene Heterothermie infolge einer nach stattgehabter Kopfverletzung entstandenen mit dem Schädelknochen verwachsenen Weichteilsnarbe in der Gegend der vorderen Zentralwindung. Beim Morbus Basedowi kommen sehr bedeutende Temperaturunterschiede an symmetrischen Körperstellen vor. Bei Hysterie erwies mitunter die Temperatur in beiden Körperhälften ungleiche Werte (hier sowie beim „hysterischen Fieber“ überhaupt sind nur vom Arzte ausgeführte Messungen maßgebend!). — Außer den angeführten halbseitigen Temperaturdifferenzen wurde namentlich in neuerer Zeit auf den großen Temperaturunterschied zwischen Achsel und Mastdarmtemperaturen, der bis 1.5 und 2.0° betragen kann, bei Peritonitis hingewiesen (Madelungsches Symptom). Eine Heterothermia axillo-rectalis ist für die Diagnose und einen eventuellen chirurgischen Eingriff bei akuten Unterleibsaffektionen von eminenter Bedeutung.

Dr. E. **Kapelusch,** Wien.

Ad 48. Pyelozystitis. Bei der Behandlung der akuten wie auch der chronischen Zystopyelitis sollte in jedem Falle das von Prof. Picard angegebene, kombinierte Urotropinpräparat „Cylotropin“ (Schering) versucht werden. Es ist dies eine sterile Lösung von 2.0 g Urotropin plus 0.8 g Natrium salicylicum und 0.2 g Coffein. natr.-salicyl. — Eine Ampulle enthält 5 cm³ Flüssigkeit, die langsam in die Kubitalvene einzuspritzen ist. Die Injektion ist eventuell jeden zweiten Tag zu wiederholen bis zur Gesamtmenge von zehn Ampullen. Meistens tritt aber schon nach einer oder zwei Injektionen eine vollständige Klärung des Urins ein. Wenn der Harn einmal klar geworden ist, so ist es ratsam, die Behandlung mit Urotropin per os (drei bis vier Tabletten täglich) eine Zeitlang fortzusetzen und den Patienten erst nach und nach vom Urotropin zu „entwöhnen“. — Ich habe

im Laufe von eineinhalb Jahren eine große Zahl von Zystopyelitiden in der urologischen Abteilung Prof. Blum im städtischen Abendambulatorium für venerische Kranke, Wien XII., und in meiner Privatpraxis behandelt und sowohl bei Koli- wie auch bei Staphylokokkeninfektionen sehr gute Erfolge erzielt. Die wenigen Versager waren meist auf den sekundären Charakter der Zystopyelitis (Calculosis, Tumor), bzw. auf Erkrankungen des Nierenparenchyms selbst zurückzuführen. Dr. K. S. **Sternbach,** Wien.

Ad 80. Laienheilkunst. Von einem alten Schlosser hörte ich von einem sicheren Hustenmittel. Schwefelsäure wird in eine mittelgroße Porzellantasse etwa halbvoll gegossen und die Tasse derart geneigt, daß die Innenfläche bis zum Rande befeuchtet wird. Dann wird die Säure ausgegossen und nun die Tasse mit Wasser voll gefüllt und von diesem Wasser stündlich bis zweistündlich ein Eßlöffel genommen. (Erinnert an Acidum Halleri.) Dr. H. **Lepa,** Königsberg.

Ad 82. Wiederholtes Vorkommen von Erythrodermia. Versuchen Sie Eigenblutinjektion bei beiden Eltern. Oft zeigen sich danach Reste von alter Gonorrhoe oder Lues. Dr. H. **Lepa,** Königsberg.

Ad 84. Zungenschmerzen. Die Zunge vor dem Essen mit Kokain (0.2:10.0) bepinseln. Diät: Milch- und Mehlspeisen, Grütze, Kartoffelbrei, mit Zwiebeln und Milch gekocht. Dr. H. **Lepa,** Königsberg.

Ad 84. Viele Fälle von Zungenschmerzen, wie Sie sie beschreiben, lassen sich auf Verbrühung mit heißen, insbesondere fetten Flüssigkeiten zurückführen. Die Empfindung des Kranken, „als sei die Haut von der Zunge abgezogen“, ist ganz richtig, da tatsächlich bei starken Verbrühungen die Papillae filiformes zugrundegehen und die Zunge infolgedessen ihrer Schutzdecke beraubt wird. Das Leiden ist deshalb so langwierig, weil infolge des Verlustes der Schutzdecke die Zunge bei jeder warmen Mahlzeit auch mit Flüssigkeiten, die früher nicht als zu heiß empfunden wurden, immer wieder von neuem verbrüht, daher schmerzhaft wird. Die Therapie ist gegen dieses Leiden ohnmächtig, es gibt nur eine Prophylaxe. Verbot des Genusses von Speisen, deren Temperatur höher als lau empfunden wird. Beim Einhalten dieses Verbotes verschwinden die Zungenschmerzen endgültig. Med.-Rat Dr. H. **Beer,** Wien.

Ad 85. Kopfnicken. Vor vielen (vielleicht 20 bis 25) Jahren erinnere ich mich, in der Münchner m. W einen Artikel gelesen zu haben, in welchem auf den Zusammenhang von Aorteninsuffizienz mit Kopfnicken, synchronisch mit dem Puls, hingewiesen wurde. Dr. J. **Bamberger,** Kissingen.

Ad 87. Magenkatarrh. Hat es sich wirklich um einen Magenkatarrh und nicht vielleicht um Hyperaziditätsbeschwerden gehandelt? Die gute Wirkung der Fleischkost läßt letzteres vermuten. Wie sind die Säureverhältnisse und der Stuhl? Ist ein Versuch mit Karlsbader Mühlbrunn und mit anderen Alkalien gemacht worden? Ich hatte einen ähnlichen Fall mit Unverträglichkeit der Mehlnahrung, Völlegefühl, Flatulenz und pappigem Geschmack im Munde in Behandlung, bei welchem der Abgang von Bandwurmgliedern schließlich zur richtigen Diagnose und Therapie führte. Dr. U. **Grünbaum,** Triest.

Ad 87. Geben Sie die Mazdaznan-Nahrung: Weizenkörner, 24 Stunden in Wasser aufgeweicht und aufgekocht. Dazu Obstsaft, Apfelsinen, Sahne. Allmählich Übergang zu Buchweizengrütze, Gerstengrütze, Gries und Grahambrot. Dr. H. **Lepa,** Königsberg.

Ad 88. **Azoospermie.** Wenn es sich um völlige Aspermie in dem richtigen Ejakulat und nicht nur im Prostata-Samenbläschensekret handelt, sind die Hodenausführungsgänge beiderseitig völlig verschlossen, was im vorliegenden Falle aus der vorausgegangenen Erkrankung, wohl

gonorrhoischer Natur, völlig erklärbar ist. Ich habe nun in Fällen solcher alter Infiltrate, bei denen wir es wohl noch immer mit Gonokokkennestern zu tun haben, in denen jedoch die Mikroben wenig virulent sind, noch sehr gute Resultate mit protrahierten Arthigonkuren erzielt (z. B. in einem Falle 19 Jahre nach der Infektion!). Es werden jeden zweiten Tag 2 cm³ Arthigon intramuskulär injiziert, bis 30 bis 50 cm³ einverleibt sind. Diese Kur wäre jedenfalls zu versuchen, ehe man an einen operativen Eingriff geht. Gleichzeitig appliziert man lokal (beiderseitig!) ein Resorbens, z. B. Jodjodkalisalbe und heiße Umschläge (Cataplasma Lelièvre). Ich bitte über eventuellen Erfolg zu berichten. Dr. U. **Grünbaum**, Triest.

Ad 91. Dauernde Urobilinogenausscheidung bei einem sonst gesunden Individuum könnte auf Autohämolyse beruhen. Es wäre nachzuforschen, ob in der Familie Ikterus und Milzschwellung vorkommen, eventuell das Blut auf Eigenhämolyse zu prüfen. Dr. U. **Grünbaum**, Triest.

Ad 95. Angina nach Zahnextraktion. Die Möglichkeit des Auftretens von Angina lacunaris nach Zahnextraktionen in Lokalanästhesie halte ich für durchaus gegeben. Es existieren Versuche (leider weiß ich nicht, von wem sie stammen), die zeigten, daß Tusche, die man in das Zahnfleisch injizierte, in den Tonsillen ausgeschieden wurde. Daraus geht eindeutig hervor, daß Lymphbahnen des Zahnfleisches nach den Tonsillen ziehen. Warum sollte es also nicht auch möglich sein, daß Bakterien der Mundhöhle beim Einstechen der Nadel in die Lymphbahnen eingespritzt werden? Man muß sich eigentlich wundern, daß auf diese Weise nicht öfters Infektionen der Mundhöhle vorkommen, da am Orte des Einstiches die Schleimhaut fast nie mit Jodtinktur desinfiziert wird. In früheren Jahren hat man die Nadel zur Anästhesie direkt zwischen Zahnfleisch und Zahnhals eingeführt, ein Gebiet, welches oft von Bakterien strotzt. Daß innige Beziehungen zwischen Zahnfleisch und Tonsillen bestehen, die noch viel zu wenig gewürdigt werden, habe ich an folgendem Falle beobachtet. Ein 30jähriger Mann hat schwammiges, leicht blutendes Zahnfleisch, welches auf Druck ein winziges Spürchen gelben Sekretes aus der Alveole hervortreten läßt, mikroskopisch aus Leukozyten und Bakterien bestehend; so oft dieser Herr eine Angina bekommt, quillt der Eiter förmlich aus dem Zahnfleisch heraus. Ich glaube, daß die Wechselbeziehungen zwischen Zahnfleisch und Tonsille von großer Bedeutung für die Entstehung der Alveolarpyorrhoe sind. Dr. J. **Bamberger**, Kissingen.

Ad 96. Anfallsschmerzen in der Lebergegend. Es kommen verschiedene Krankheiten in Betracht; vor allem ist Malaria, ferner Syphilis auszuschließen. Am wahrscheinlichsten handelt es sich um Cholangitis, welche wohl als Komplikation von Gallensteinen auftritt. Die Milzschwellung bei Vater und Tochter ließen sich vielleicht als Folge eines hämolytischen familiären Ikterus erklären, auf Grund dessen vielleicht die Steinbildung (Pigmentsteine) sich beim Vater entwickelt hat. Die Behandlung wäre in diesem Falle konservativ wie bisher, im Anfalle Papaverin, Atropin, Urotropin, heiße Kompressen, später saline Abführmittel, Gallensteindiät; wiederholte Kur in Karlsbad angezeigt. Dr. U. **Grünbaum**, Triest.

Ad 97. Postenzephalitischer Parkinsonismus. Dozent Paulian (Bukarest) referiert über 20 Fälle; sehr bedeutende Erfolge mit Autoserotherapie (intradural) nebst Natrium salicyl. intravenös. (Beobachtungszeit allerdings nur einige Monate.) Es werden 40 bis 50 cm³ Blut vollkommen aseptisch mittels Venenpunktion in ein steriles Gefäß aufgesammelt, bei 56° Celsius eine halbe Stunde inaktiviert und sodann etwa 10 cm³ des Serums nach vorheriger Lumbalpunktion und Ablassen einer entsprechenden Menge (10 cm³) Liquors intradural injiziert. Die Injektionen werden

alle acht Tage wiederholt. In der Zwischenzeit täglich eine intravenöse Injektion (5 cm³) einer 20%igen Natr. salicyl.-Lösung.

Dr. M. **Duda**, Liebling (Rumänien).

Ad 97. Dozent Dr. Demetru Em. Paulian, Primararzt des Neurologischen Spitals in Bukarest, berichtet über 20 Fälle mit Parkinsonismus nach Enzephalitis, die er folgendermaßen behandelte. 10 cm³ Autoserum intralumbal achttägig. Drei bis sechs Injektionen. Im Intervall gibt er täglich 5 cm³ Natr. salicyl. 20% intravenös. Die Resultate waren auffallend gute. Alle Symptome verschwanden. Das Maximum der Beobachtungsdauer erstreckte sich bisher nur über drei bis vier Monate. — (Analele XI, 1924.)

Dr. S. **Berger**, Bucium (Rumänien).

Ad 97. Vorsichtige parenterale Reiztherapie ist zu versuchen (Milch, Yatren-Kasein). Außerdem wird lang fortgesetzter Gebrauch von Atropin empfohlen: Rp: Atropini sulfur. 0.0005 in Pillen, vier bis sechs Stück täglich, und zwar derart intermittierend, daß nach vier- bis sechstägigem Einnehmen drei bis vier Tage Pause folgen.

San.-Rat Dr. **Wahle**, Kissingen.

Ad 100. Serumtherapie der Diphtherie. Wenn nach intrakutaner Injektion von Diphtherieserum (Pferd) Reaktion folgt und man bei einer weiteren, nötig werdenden Impfung die Anaphylaxie verhüten will, dann wechselt man ganz einfach mit dem Serum: Rinder- statt Pferdeserum.

San.-Rat Dr. **Wahle**, Kissingen.

Ad 100. Nach den durchwegs guten Erfolgen bei der Serumbehandlung der Diphtherie erachte ich die Unterlassung einer Injektion oder Reinjektion als einen groben Kunstfehler. Der nicht gar zu häufige anaphylaktische Schock, mag er noch so schwerer Form sein, ist mir sozusagen sympathischer, als die Tracheotomie oder Lähmungen bei einem nicht mit Serum behandelten Kinde. Das Verfahren, das sich mir bei der Reinjektion bestens bewährt hat, ist folgendes. Ich spritze subkutan 1 cm³ Serum, gebe gleichzeitig stündlich einen Teelöffel einer 10%igen Calcium-chloratum-Lösung, nach zwei Stunden spritze ich die Hälfte des zu verabfolgenden Serums intramuskulär. Daß anaphylaktische Erscheinungen bei einer Reinjektion sich nicht unbedingt einstellen müssen, beweist einer meiner letzten Fälle. Es handelte sich um einen beginnenden Krupp bei einem zweijährigen Kinde, das vor einem Jahr gegen Dysenterie mit Pferdeserum gespritzt wurde, und dem ich jetzt nach dem oben angegebenen Verfahren über 6000 IE Pferdeserum injizierte. Bei dem so behandelten Kinde trat nicht eine Spur von Anaphylaxie auf.

Dr. J. **Oberhard**, Stanislau.

Ad 105. Alkoholismus. Vor Jahren wurde ein Pulver gegen Alcoholismus chronicus empfohlen, das den Namen Cozapulver hatte. Die Herstellung dieses Pulvers ist mir nicht bekannt, ebensowenig habe ich eigene Erfahrungen darüber. Seine Wirksamkeit besteht darin, daß es, wenn es Kaffee, Tee, Bier, Wasser, Speisen und Spirituosen beigemischt wird, Ekel gegen Alkohol erzeugt. Vielleicht machen Sie mit diesem Pulver einen Versuch und berichten dann über Ihre Erfahrungen. Es ist zu haben bei: Coza Institute, 62 Chancery Lane, London 2457. Eine Schachtel kostet ungefähr Sh 15.—.

Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 105. Es läßt sich ein spezifisch wirkendes Mittel gegen die Trunksucht schwer vorstellen und die Bekämpfung derselben bleibt der Psychotherapie, das heißt dem mehr minder beeinflußbaren guten Willen des Patienten, vorbehalten. Folgende Methode ist auch nichts anderes, als eben Psychotherapie, doch hat sie die Eigenschaft, gewissermaßen „medikamentös" zu sein. Ich bestelle den Patienten, der sein Laster als Krankheit auffaßt und von derselben befreit werden w i l l, durch 10 bis 14 Tage

täglich zu einer festgesetzten Stunde (nach dem Tagewerk) zu mir. Ich schenke ihm sein Lieblingsgetränk (Rum!) in einer kleinen Dosis eigenhändig ein und gebe ihm täglich unmittelbar nach Genuß desselben 0.01 Apomorphin. hydrochlor. subkutan. Von nun an „verträgt der Magen" des Patienten den Alkohol nicht mehr, und es ist merkwürdig und erfreulich zu beobachten, welche Unlustgefühle an den späteren Behandlungstagen der verabreichte Alkohol bei ihm erweckt, ja daß nach einiger Zeit auf Injektion von Kochsalzlösung das Erbrechen ebenso prompt dem Alkoholgenuß folgt, als wenn Apomorphin gegeben wird. Ein so behandelter Patient — allerdings ein intelligenter, willensstarker Mann — ist heute nach drei Jahren, rezidivfrei, einen zweiten Patienten beobachtete ich acht Monate. er blieb ohne Rezidiv; seither ist mir über diesen letzteren Fall nichts bekannt. Dr. S. **Spitzer,** Zilina.

Ad 105. Geben Sie von einer Mischung aus einem Teile Schwefelsäure und drei Teilen absolutem Alkohol (oder Weingeist) einige Wochen hindurch dreimal täglich je 10 bis 15 Tropfen in etwas Wasser oder auf befeuchtetem Würfelzucker. Dr. H. **Balzli,** Munster, Frankreich.

Ad 108. Xanthom am Augenlid. Zumeist an den oberen Lidern flach, seltener in prominenter Form sitzend, kann das Xanthom beim Diabetiker parallel mit dem Verschwinden des Zuckers sich manchmal spontan rückbilden. Angesichts der beschriebenen minimen und planen Beschaffenheit sind Exzision gleich wie Thermokauterisation überflüssig. Als rasch wirksam von mir erprobt genügt ein einziger mittels Glasstäbchen einmalig aufzutropfender Tropfen von Acidum nitric. oder trichloraceticum, um schmerzlos das gelbe Hautfleckchen unter Bildung eines sich von selbst abstoßenden, dünnen, bräunlichen Schüppchens ohne Hinterlassung einer Narbe oder eines unschönen Farbtons zum Verschwinden zu bringen. Die üblichen stärker reagierenden Schälpasten sind an den Augenlidern nicht anwendbar. Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Czernowitz.

Ad 109. Pulicosis. Es ist anzunehmen, daß Sie jetzt deshalb von Hautparasiten verschont werden, weil Sie älter geworden sind. Die Haut alter Leute ist atrophisch, trocken, saftlos und wird daher von Parasiten als für die Ernährung ungeeignet gemieden.

Med.-Rat Dr. H. **Beer,** Wien.

Ad 110. Kindernährmittel. Die viel angepriesenen Kindernährmittel haben den Wert von Kohlehydraten, wie sie in der künstlichen Säuglingsernährung vielfachen Gebrauch finden. Ihre Indikation ist oft gegeben, wenn es sich um eine kalorische Anreicherung der Milchverdünnungen handelt. Eine Gegnerschaft gegen die Kindermehle, soweit ihre reklamemäßige Anpreisung kritiklosen Erfolg hat, ist insofern berechtigt, als bei Laien und leider auch bei Ärzten eine Beeinträchtiung der Brusternährung durch Überschätzung der Kindermehle zu finden ist. Im Wesen ist ihr Wert kein größerer als der des Weizenmehles. Die Dextrinisierung des Mehls durch den Röstprozeß bedeutet einen gewissen, wenn auch nicht zu großen Vorzug. — Tapioka wird aus den Maniokwurzeln (Westindien) gewonnen, Knorrs Hafergrütze bedarf keiner Erklärung. Ein Unterschied in der Indikation ihrer Wahl besteht kaum. Loefflunds Malzextrakt wird in wechselnder Form, z. B. zur Darstellung der Milchmalzsuppen (Liebig, Keller) verwendet. Dozent Dr. R. **Neurath,** Wien.

Ad 112. Homöopathie bei Vagotonie. Wie Sie bei Vagotonie und bei Sympathikotonie homöopathisch verfahren können, sagt Ihnen das „Biologische Grundgesetz" von Arndt-Schulz. Darüber hinaus können Sie in den Arzneimittellehren von Allen, Clarke, Hughes, Farrington, Jousset, Stauffer und anderen Näheres ersehen.

Literatur ist vom Verlag Dr. Willmar Schwabe, Leipzig, Querstraße 5, zu beziehen. Sie können sie auch leihen beim „Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte“, Leipzig, Sidoniestraße 44. Ferner dürfte das Homöopathische Krankenhaus in Stuttgart, Marienstraße 41, zu Auskünften bereit sein. Dr. H. **Balzli**, Munster, Frankreich.

Ad 113. „Vitallipon.“ Diese Injektion besteht aus Lipoiden und dem Vitamin A. Sie kann ohne Schaden beliebig lange gebraucht werden; es gibt davon zwei Stärken. So viel ich weiß, hat das Mittel in Amerika große Verbreitung gefunden. Nähere Aufklärung gibt die „Vitallipon-Gesellschaft“, Zürich 6, Alte Beckenhofstraße 59.

Dr. H. **Balzli**, Munster, Frankreich.

Ad 117. Bronchialasthma. Mit Rücksicht auf das Fehlen eigentlicher Anfälle ist in diesem Falle die Verwendung der ansonst zur Kupierung der Anfälle verwendeten medikamentösen Hilfsmittel kaum zu empfehlen. Viel aussichtsreicher scheint die physikalische Therapie, welche die Grundlagen die Katarrhbildung sowohl als auch die den Status asthmaticus verursachende Stauung der Luft, mit Verhinderung des Eintrittes neuer Krankheitsursachen wirksam bekämpft. Erstere wird am besten durch systematische Erziehung zu lediglich nasalem Atemholen besorgt, wodurch die Inspirationsluft vor dem Eintritt in die tieferen Atemwege erwärmt, befeuchtet und staubfrei gemacht wird, in Verbindung mit allmählicher Gewöhnung an (erst partielle, später allgemeine) Luftbäder unter Frottieren der entblößten Hautstellen mit der Hand oder trockenem Tuch. — Die Entleerung der überfüllten Lunge besorgt am besten die Erziehung zu systematischer Ausatmungsverstärkung durch allmählich gesteigerte Summübungen mit Vermeidung jedweder Maximalleistung, weil sonst Lufthunger mit konsekutiver Mundöffnung und Schädigung der tieferen Atemwege sowie Überfüllung der oberen Lungenteile sich einstellt, welch letztere nur sehr schwer entleert werden können Damit geht einher die Erziehung zu immer stärkerer Heranziehung der physiologischen Exspiratoren, der Bauchwandmuskulatur, zu ständiger Leistung. Näheres hierüber siehe in „Atmungspathologie und -therapie“ von Hofbauer, Verlag J. Springer, Berlin 1921. Dozent Dr. L. **Hofbauer**, Wien.

Ad 117. Ich möchte Sie aufmerksam machen auf die Simultantherapie bei der Behandlung des Asthma bronchiale, gegen welches zugleich Glühlichtbäder äußerlich, Jodkalium per os und 10% Calcium chloratum intravenös hervorragende Resultate liefern. Dr. K. **Wasserbrenner**, Wien.

Ad 117. Ich empfehle Ihnen das neue Mittel „Felsol“ (Chemische Fabrik Roland in Essen; vgl. „Ars Medici“ 1925, S. 2), welches mir bei meinen Patienten und am eigenen Leib gute Dienste geleistet hat. „Taumagen“ habe ich auch versucht, konnte es aber nicht benützen, da ich auch die geringsten Mengen von Arsenik nicht vertrage. „Asthmolysin“ nach Dr. Weiß in Berlin, erzeugt von Dr. Kade in Berlin, wird subkutan gegeben, stillt den schwersten Anfall in einigen Minuten und ist außerdem das sicherste Blutstillungsmittel wegen seiner Hypophysinkomponente, das jede Blutung innerhalb drei bis vier Minuten zum Stehen bringt. Auch die Prof. Dr. Kühnsche Maske ist ein hervorragendes Mittel für die Behandlung des Asthma bronchiale und cardiale und die Behandlung aller Herzfehler. Auch ich benütze sie und kann sie nicht genug loben.

Dr. R. **Ofner**, Keltsch.

Ad 117. Ich habe mit dem von der Firma Rosenberg in Freiburg hergestellten „Taumagen“, das aus zwei gleichzeitig zu nehmenden Mitteln: Jodtabletten und Arsentropfen, besteht, auch in alten, jeder anderen Therapie unzugänglichen Fällen, speziell in Verbindung mit Proteinkörper-

(Novoprotin, Omnadin, kleinsten Tuberkulindosen) ganz ausgezeichnete, ja überraschende Erfolge gesehen. Die anfallsfreien Zeiten sind bisher noch zu geringe, um von einer endgültigen „Heilung" sprechen zu können.

Dr. A. **Foitl,** Graz.

Ad 117. Über die Asthmabehandlung mit „Taumagen" finden Sie einen ausführlichen Artikel in „Med. Klinik" Nr. 13, 1924. **Die Red.**

Ad 118. Blutbeimengung beim Ejakulat. Aus der kurzen Schilderung läßt sich kaum eine genaue Vorstellung bilden. Blutbeimengung zum Ejakulat würde in erster Linie auf eine Spermato-Cystitis hinweisen, für die am häufigsten eine Gonorrhoe, aber auch eine Tbc. verantwortlich zu machen wäre. Neben anderen Affektionen ist jedoch auch ein Tumor nicht ausgeschlossen. Bestehen gar keine sonstigen Beschwerden? Wie ist der rektale Palpationsbefund? Ist der Harn klar oder eitrig getrübt? Sicherlich kann dieses Symptom auch der Ausdruck einer ernsten Erkrankung sein. Dem Motorradfahren ist wohl höchstens eine begünstigende Wirkung auf das Zustandekommen einer solchen „Störung" zuzuschreiben.

Dr. E. **Kornitzer,** Facharzt f. Urol., Wien.

Ad 119. Zweiter Scharlach nach Verbrennung. Es handelt sich im vorliegenden Falle um eine zweimalige Erkrankung an Scharlach, ein seltenes, aber doch mitunter beobachtetes Vorkommnis. Eine sichere Erklärung läßt sich nicht geben, warum die erste Erkrankung keine Dauerimmunität hinterlassen hat. Auf die besondere Disposition von Haut- und Schleimhautverbrennungen für Scharlach habe ich im Jahre 1902 im „Jahrbuch für Kinderheilkunde" aufmerksam gemacht. Falls die guten Resultate, die italienische Autoren mit Schutzimpfungen erzielt haben, sich als richtig erweisen sollten, wäre das geeignete Mittel zur Verhütung des Scharlachs nach Verbrennungen vielleicht gefunden. Prof. Dr. C. **Leiner,** Wien.

Ad 119. Obwohl wir das eigentliche Scharlachvirus nicht kennen, wissen wir noch von B a g i n s k y (1900), daß sich regelmäßig in den nekrotischen Geweben, oft auch im Blute Scharlachkranker besondere Streptokokken finden, die bei der Scharlacherkrankung eine bedeutsame Rolle spielen. Dieser Streptokokkus, vielleicht das Scharlachvirus, setzt sich mit Vorliebe auf breiten Wunden, wie Verbrennungswunden, fest und führt, besonders bei kleinen Kindern, zum „Wund- oder Verbrennungsscharlach" mit allen seinen klinischen Erscheinungen, wobei aber die sonst regelmäßige Angina oft vermißt wird. — Eine einmalige Erkrankung setzt zwar eine weitgehende Immunität, jedoch ist eine zweimalige Erkrankung nicht sehr selten, jedenfalls häufiger als bei Masern. Nach F e e r sind die auffallend häufigen Verbrennungsscharlachfälle zum Teil als toxische Erytheme aufzufassen, während Prof. L e i n e r (1902) schon nachwies, daß bei den exanthematischen, scharlachähnlichen Erkrankungen nach Verbrennungen bei Kindern das „Schulz-Charltonsche Auslöschphänomen" stets positiv ausfiel, was für echten Scharlach spricht. — Die Verhütung ist kaum möglich, da weder Bäder noch Umschläge oder Salben, die ja an und für sich nie steril sein können, das Kind vor Infektion schützen. Ein prophylaktisches Serum haben wir noch nicht. Dr. **J. Irrgang,** Przemysl.

Ad 122. Wassermann bei korpulenten Leuten. In der mir zur Verfügung stehenden Literatur konnte ich keine diesbezüglichen Angaben finden. Dozent Dr. A. **Perutz,** Wien.

Ad 123. Rotfärbung des Harns nach Zusatz von Nylanders Reagens traf ich wiederholt an, wenn der Patient Urotropin oder Hexal oder Borovertin zu sich genommen hatte. Der bloße Zusatz von Kalilauge oder Natronlauge gibt in diesem Falle zuweilen intensive Rotfärbung. Nun setzt sich bekanntlich Nylanders Reagens zusammen aus 2 g basisch salpetersaurem Wismut, 4 g Kal. natr. tart., aufgelöst in 100 g 4%iger Natronlauge.

Auch die Einnahme von phenolphthaleinhaltigen Abführmitteln, vor welchen übrigens in der „Ars Medici“ schon wiederholt gewarnt wurde, wäre vielleicht als ursächliches Moment für die Harnfärbung ins Auge zu fassen. Phenolphthalein dient ja bekanntlich bei Titrierungen als Indikator.

Bakteriologe H. **Lipp**, Neubiberg bei München.

Ad 123. Rotfärbung, besser gesagt Rötlichfärbung des Harnes nach Zusatz von Nylanders Reagens bedeutet, daß Rheum, Senna, Cascara innerlich genommen oder Chrysarobin äußerlich appliziert wurde, daß sich also Chrysophansäure im Körper befindet. Diese Säure ergibt aber nicht nur die Rötlichfärbung in der Kälte, sondern auch eine positive Nylander-Reaktion beim Kochen, also schwarzen Niederschlag. Letzterer kann somit Zucker oder Chryosphansäure bedeuten. Zur sicheren Differenzierung muß die Fehlingsche Probe angeschlossen werden. Ist diese negativ, dann ist kein Zucker vorhanden und die positive Nylander-Reaktion nur durch Chrysophansäure bedingt. Fällt sowohl die Fehlingsche als auch die Nylander-Probe positiv aus und weist letztere auch noch Rötlichfärbung in der Kälte auf, dann besteht Glykosurie, außerdem hat der Kranke ein Präparat, wie Senna oder Rheum oder Cascara eingenommen. — Nur nebenbei sei bemerkt, daß ich Rheum im Harne an dem charakteristischen herben, lederartigen Rhabarbergeruche erkenne.

Dr. F. **Tripold**, Abbazia.

Ad 124. Hautinfiltrationen im Gesicht bei Lungentbc. Aus der Beschreibung läßt sich kaum eine Diagnose stellen. Vielleicht vasomotorische Störungen? Dozent Dr. A. **Perutz**, Wien.

Ad 124. Vermutungsdiagnose: Quinckesches Ödem. Therapie: Calcium lacticum. Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 125. Audimutitas. Lehrbuch der Sprachheilkunde von Fröschels, Verlag Deuticke, Wien—Leipzig. — Vorlesungen über Sprachstörungen von Gutzmann, Verlag Fischer in Berlin. — Vorlesungen über Taubstumme und Hörstumme von Fröschels, Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien—Berlin. Dozent Dr. E. **Fröschels**, Wien.

Ad 126. Die Angina abdominalis oder Dyspragia intermittens angiosclerotica abdominalis nach Ortner besteht in einem Schmerzanfall im Leibe, meist mit Zeichen von motorischer Insuffizienz des Darmes, Auftreibung des Bauches und Stuhlverhaltung verbunden. Colon transversum und ascendens sind gebläht, zeigen keine Peristaltik oder Steifung. Aufstoßen, Brechneigung, Atemnot, auch Kollaps tritt ein. Dauer des Anfalles einige Stunden, Auftreten des Anfalls mitunter täglich, mitunter in monatelangen Zwischenräumen, manchmal nach voluminöser Mahlzeit. Therapie: Jod- und Theobrominpräparate, Klysmen. — Originalabhandlung von Ortner in „Wiener kl. W.“ 1902, S. 1166. — Empfehlenswert das kurze, aber inhaltsreiche Buch von M. Mathes „Differentialdiagnose innerer Krankheiten“, Verlag J. Springer in Berlin. — Ausführlichste Darstellung bei Ortner „Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten“, Bd. I, 1. Teil, „Bauchschmerzen“, Verlag Urban & Schwarzenberg in Wien.

Prof. Dr. M. **Sternberg**, Wien.

Ad 127. Akustikusparese nach Influenza. Eine so schwere Akustikusaffektion nach Influenza ist selten. War nicht eine Otitis im Beginne da? Auch Wassermann wäre zu machen. Gegen eine reine Innenohraffektion toxischer Ursache läßt sich im allgemeinen nichts machen. Man könnte noch Diathermie versuchen. Dozent Dr. R. **Leidler**, Wien.

Ad 128. Glaskörpertrübungen nach Lues. Es kann sich um staubförmige Glaskörpertrübungen im Sekundärstadium der Lues handeln. Falls aber eine chronische Zyklitis mit grauen (speckigen) Beschlägen an der Hornhauthinterfläche besteht, müßte zunächst eine diagnostische Tuberinjektion gemacht werden, um zu sehen, ob eine Lokalreaktion

(Schmerzen, Lichtscheu, vermehrte Injektion usw.) hiebei auftritt. Oft werden solche Zustände durch Jodbehandlung (Mirion) gut beeinflußt.

Dozent Dr. R. **Bergmeister**, Wien.

Ad 129. Neuralgische Schmerzen nach Herpes zoster. Vielleicht nützt Bestrahlung. Nachzusehen wäre übrigens jedenfalls recht genau, ob ja kein inneres, spinales oder vertebrales Leiden vorliegt, von dem der Herpes, bzw. die konsekutive Neuralgie nur Folgesymptom ist. Fände sich ein Anhalt für derlei, dann wäre natürlich vor allem das Grundleiden zu behandeln. Prof. Dr. E. **Stransky**, Wien.

Ad 130. Pupillenungleichheit und -starre nach antirabischer Behandlung. Die Pupillenenge und Pupillenstarre des Patienten dürfte wohl kaum mit den Schutzimpfungen im Zusammenhang stehen. Man wird jedenfalls nach anderen Gründen und auch noch nach anderen Symptomen suchen müssen. Prof. Dr. E. **Pribram**, Wien.

Ad 138. Initiale Symptome maligner Hodengeschwülste gibt es außer dem fühlbaren Tumor nicht. In diesem Falle, wo die maligne Entartung einen traumatisch gequetschten Hoden (eventuell Haematokele) betraf, war natürlich eine Frühdiagnose nicht möglich. Röntgentiefenbestrahlung käme als Versuch in Frage, um regionäre Drüsen und Metastasen in inneren Organen zu treffen. Die Prognose ist leider absolut ungünstig.

Prof. Dr. V. **Blum**, Wien.

Ad 139. Erwachen mit Schmerzen in der Lendengegend. Unklare, vage, kaum richtig deutbare Beschwerden neurasthenischen Charakters. Wenn der Hoden palpatorisch normal ist, wenn die Nieren- und Harnuntersuchung ein normales Ergebnis haben, ist an eine destruktive Erkrankung dieser Organe nicht zu denken. Prof. Dr. V. **Blum**, Wien.

Ad 144. Basedowoid mit Fettsucht und Anämie. Die kurzen Angaben über den Fall sind zu einem therapeutischen Vorschlag nicht ausreichend. Handelt es sich um eine wirkliche Anämie oder eine sogenannte Pseudoanämie, wie sie bei leichter Hyperthyreose häufig vorkommt, das heißt, was ergibt die morphologische Blutuntersuchung? Welches sind die „Basedowoid-Erscheinungen" der fettleibigen Patientin? Welche Krankheitserscheinungen (subjektive und objektive) erfordern therapeutisches Eingreifen? Besteht also tatsächlich die Notwendigkeit, die Blutbildung anzuregen? Letzteres könnte, ohne Gewichtszunahme befürchten zu müssen, am besten mit Eisen, und zwar mit Ferrum reductum in hohen Dosen (1 bis 2 g täglich; vgl. „Ars Medici" 1925, S. 210) geschehen.

Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 145. Hartnäckige Appetitlosigkeit bei einem Säugling. Es liegt ein schwerer Fall von Neuropathie im Säuglingsalter vor. Manchmal ist durch einen Wechsel der Pflegeperson ein Erfolg zu erzielen. Das Kind soll nur drei Mahlzeiten bekommen. Ich gebe oft zum Frühstück eine Einbrennsuppe oder auch ein Ei und etwas Tee, zum Mittagessen einen konzentrierten Milchbrei und Obst, am Abend eine gekochte Suppe oder Milchbrei. Man soll das Kind nicht zwingen, sondern nur so viel nehmen lassen, als es will, damit es über das Erbrechen hinwegkommt. Mittags und abends lasse ich vor der Mahlzeit eine halbe Tablette Azidol-Pepsin (schwach sauer) in einem Eßlöffel Zuckerwasser nehmen. Tägliche Abreibungen mit Franzbranntwein, vielstündiger Aufenthalt im Freien sind zu empfehlen. Prof. Dr. C. **Leiner**, Wien.

Ad 147. Onanie ist im Kindesalter ungemein verbreitet und im allgemeinen als physiologisch anzusehen. Es ist Sache der Erziehung, das triebhafte Tun des Kindes mit milden Mitteln (Gespräche ohne Drohungen, kein schwarzes Ausmalen der „Folgen", Aussetzung von Prämien für die Unterlassung) und neuen Interessen (Kindergarten, Schule, Kinderverkehr) zu bekämpfen. Wenn das Kind sonst gesund ist, erübrigt sich jedes ärztliche

Vorgehen, also auch Hypnose. Aber beruhigen müssen wir die Umgebung darüber, daß es sich bei dem betreffenden Kinde um keine Ausnahme und um nichts Aufregendes handle; es wäre falsch, die Aufmerksamkeit des Mädchens inquisitorisch immer wieder auf den Gegenstand zu lenken.

Dozent Dr. J. **Friedjung,** Wien.

Ad 148. Jodbehandlung der chirurgischen Tbc. Sicherlich kann man auch ein fünfjähriges Kind mit Jodinjektionen behandeln. Was die Dosierung betrifft, so ist Hotz selbst zu kleineren Dosen übergegangen (siehe „Ars Medici" 1924, S. 300), besonders wenn er mit Lichtbehandlung oder allgemein roborierender Therapie kombiniert. Nach dieser letzten Arbeit von Hotz würden wir also für das fünfjährige Kind vorschlagen: 0.5 bis 1 cm^3 der Jod-Jodoformlösung alle zwei Wochen, im ganzen fünf bis sechs Injektionen.

Die Red.

Medikamente.

Clavipurin ist ein stark wirksames und billiges Sekalepräparat, welches in Tabletten oral, in intramuskulärer Injektion und bei Gefahr auch intravenös angewendet werden kann. F. Wolff (Hannover) rühmt das Mittel nach reicher Erfahrung, besonders mit peroraler Verabreichung. Wichtig ist die Dosierung: in den ersten beiden Tagen zwei- bis dreistündlich je zwei Tabletten, dann in den folgenden ein bis drei Tagen nur jedesmal eine Tablette in wachsenden Zeitabständen von drei Stunden bis zu einem halben Tage. Die Höchstdosis ist ein Röhrchen (= 12 Tabletten) am Tage, also 6mal je zwei Tabletten am Tage, und diese Dosis höchstens zwei Tage lang. Darauf, wie erwähnt, je eine Tablette in langsam größer werdenden Zeitabständen, bis die Blutung steht, und danach noch einen Tag morgens und abends je eine Tablette. Ist nach fünf Tagen ein Erfolg nicht erzielt, so hilft oft noch Kalk (Calcophysin, Afenil) venös. Bestehen regelmäßige Menorrhagien, so verordnet man Clavipurin gleich vom ersten Tage der Menses an, wodurch meist völlige Heilung eintritt, indem jedesmal geringere Dosen gebraucht werden und nach einiger Zeit die Periode völlig normal wird. Bei entzündlichen Erkrankungen warte man den Verlauf der Menses ab und gebe Clavipurin erst, wenn die Blutung nach vier bis fünf Tagen nicht steht oder wenn sie von Anfang an sehr profus auftritt. — Keine schädlichen Nebenwirkungen. — Erzeuger: Gehe & Co. in Dresden. (D. m. W. Nr. 18, 1925.)

Cuprocollargol-Heyden, ein elektrokolloidales Metallgemisch, in Dosen zu 20 cm^3 der Stärke I venös (= 0.0012 Cu + 0.012 Ag pro dosi), täglich oder jeden zweiten Tag (bis zu fünf Injektionen) wurde nach Herschan in 66 Fällen von Puerperalsepsis an der Breslauer Univ.-Frauenklinik erfolgreich und ohne schädigende Nebenwirkungen verwendet. 54 Fälle wurden geheilt, 12 starben. Die Behandlung muß möglichst bald beginnen, gleichzeitig sind Herzmittel (Digitalis usw.) zu verabfolgen, Infektionsherde wie Lochialstauung, Eihautreste sind zu beseitigen. Die Injektionen bewirken meist vorübergehenden Schüttelfriost mit anschließendem kritischen Fieberabfall, subjektivem und objektivem Wohlbefinden. Erzeuger: Chem. Fabrik Heyden; vgl. „Ars Medici" 1924, S. 451. (M. m. W. Nr. 11, 1925.)

Salyrgan. Die diuretische Wirkung des Novasurols ist heute wohl erprobt. Der Wert des Novasurols wird aber durch eine gewisse Toxizität beinträchtigt. Man darf daher höchstens alle sieben bis acht Tage eine Novasurolinjektion machen, bei Nierenschädigung ist das Mittel überhaupt kontraindiziert. Und auch, wenn man sich an diese Vorschriften hält, sieht man nicht selten Stomatitis, Nierenschädigung oder Darmreizung. Es ist

daher zu begrüßen, daß ein weniger toxisches und ebenso gut die Diurese anregendes Mittel im „Salyrgan“ gefunden wurde, über welches Günsberg (II. med. Klinik Charité, Berlin) berichtet: Das Präparat ist eine 10%ige sterile Lösung des Anlagerungsproduktes von Hg-Azetat an Salizylallylamid und essigsaures Natrium. Man injiziert bei schweren Fällen anfangs venös, dann muskulär, bei leichteren Fällen gleich muskulär zwei- bis dreimal wöchentlich 1 cm³ Salyrgan. Bei dekompensierten Herzfehlern und Myodegeneratio cordis wird die Diurese mächtig angeregt und Ödeme, Aszites, Stauungsleber und Stauungsbronchitis schwinden schnell. Stomatitis oder Nierenreizung wurde nicht beobachtet. Selbst bei schon bestehender Nephritis fand sich nach Salyrgan keine Verschlechterung des Harnbefundes. — Erzeuger: Farbwerke, vorm. Meister, Lucius & Brüning in Höchst a. M. (D. m. W. Nr. 15, 1925.)

Notizen.

Gute Bücher.

„Selbstmord und Tötung auf Verlangen.“ — So betitelt sich eine vor kurzem im Verlage Moritz Perles, Wien, erschienene strafrechtliche Studie des Wiener Rechtsanwaltes Dr. Maximilian Kössler, welche auch für Mediziner von Interesse ist, da sie unter ziemlich erschöpfender Stellungsnahme zur bisherigen Literatur das Problem der Euthanasie (Sterbehilfe) sowohl vom Standpunkte des geltenden, als auch des künftigen Rechtes behandelt. Auch die beiden ersten Kapitel dieser Broschüre, welche eine Übersicht über die Behandlung der Selbstmordfrage in der Philosophie und Gesetzgebung der verschiedenen Zeiten und Völker bieten, dürften über den engeren Fachkreis des Verfassers hinaus allgemeines Interesse finden.

Mitteilungen des Verlages.

Die „Ars Medici“ kostet für das Jahr 1925 ganzjährig, portofrei, im vorhinein zahlbar: österr. S 7.—, Mark 5.—, tsch. *K* 36.—, ungarische **K 80.000.—, Zloty 6.—, Lire 30.—, Dinar 90.—, Lei 250.—, schweiz. Franken 8.—, franz. Franken 25.—, schwed. *K* 6.—, dän. *K* 8.—, norw. K 10.—, holl. fl. 4.—, Dollar 1.50, Shilling 6.—, finn. Mark 60.—, Lewa 200.—, estl. Mark 500.—, Lett.** Rubel 400.—, Litu 15.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1924, soweit vorrätig) zu **obigen** Preisen mit 10% Zuschlag, dazu das Porto.

☛ Sämtliche Jahrgänge der „Ars Medici" stellen ein übersichtliches Nachschlagewerk über alle Fortschritte der Medizin von großem praktischen Werte dar. Sie bilden „eine wahre Fundgrube" des praktischen Wissens und sollten in der Bibliothek keines Arztes fehlen.

Leinen-Einbanddecken 1924 und frühere Jahrgänge österr. S 1.20, tsch. *K* 6.—, Mark 1.—, Franken 1.—, holl. fl. —.50, dazu das Porto.

Englische Ausgabe der „Ars Medici" ganzjährig **Dollar 2.—.**

Jahrgang 1924 und 1923 der e n g l i s c h e n Ausgabe **gebunden** à Dollar 2.20.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4908. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.032. — **England:** Midland Bank, Ltd. London E. C. 2. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. — **Holland:** Postgirokonto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. — Postscheckkonto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Österreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13 868 — **Ungarn:** Postscheckkonto in Budapest Nr. 27.510. Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an der Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen.


Delestrum

ARS MEDICI

Wien, am 15. Juli 1925.

Interne Medizin.

Asthma bronchiale — Behandlung.

Von Prof. P. Morawitz (Würzburg).

Die bisherige Theorie von der Entstehung des Asthma bronchiale durch Bronchospasmus, Schleimhautschwellung und vermehrte Sekretion hat gerade jetzt mit der neueren Auffassung zu kämpfen, die im Asthma eine anaphylaktische Erscheinung infolge Überempfindlichkeit gegen gewisse Proteinkörper sieht („Ars Medici" 1924, S. 196). Demgemäß wäre eine antiallergische Therapie anzustreben und der Körper allmählich gegen die nicht vertragenen Proteinkörper zu desensibilisieren. Auswahl der geeigneten Fälle und Technik der Proteintherapie stoßen aber bisher noch auf gewisse Schwierigkeiten. Man wird also in der Praxis die meisten Fälle noch nach den früheren Methoden behandeln müssen, wenn auch eine nahe Zukunft hier vielleicht Wechsel bringen wird.

Therapie im Anfalle. Bei schweren Anfällen sind Injektionen gegen das qualvolle Leiden durchaus angezeigt. Morphin hilft fast immer, doch ist begreiflicherweise größte Zurückhaltung geboten. Atropin (1 mg) kupiert den Anfall etwa in der Hälfte der Fälle. Sehr empfehlenswert ist die subkutane (nicht venöse!) Injektion von 1 cm³ der 1‰igen Adrenalinlösung oder von einer Ampulle Asthmolysin, welches Adrenalin plus Pituitrin enthält. Bei Neigung zu Spasmophilie und Tetanie (Kinder!) ist Adrenalin zu meiden. — Räucherungen kommen nur in leichteren Fällen in Betracht und sind eigentlich nicht billig. Der Rauch soll tief und kräftig inhaliert werden, er löst dann Hustenreiz und vermehrte Expektoration aus. Ein relativ billiges und gutes Räucherpulver ist: Rp: Herb. Hyoscyami, Fol. Stramonii, Kal. nitr. ana 10. — Asthmazigaretten (Espic, Wiener, Abessinische usw.) sind den Räucherungen prinzipiell gleichzusetzen, aber unwirtschaftlicher im Gebrauche. — Inhalationen sind ein gutes und sparsames Behandlungsmittel für leichtere Anfälle. Kleine Inhalationsapparate, die in der Tasche mitgeführt werden können, haben seit Einführung des Tucker-Apparates große Verbreitung erlangt. Es wird durch die Nase inhaliert, um möglichst schnelle Resorption zu gewährleisten. Von den kleinen Apparaten sind zu empfehlen: Einhorn-Inhalator (Einhorn-Apotheke, Berlin), Glaseptik (Parke, Davis & Co., London), Inhalator nach Sträubli (Sanitätsgeschäft Hausmann, Sankt Gallen). Als Inhalationsflüssigkeit bevorzugt Verfasser:

1. Die von Sträubli angegebene: 9 cm³ Adrenalin. hydrochlor. (1:1000) plus 1 cm³ folgender Lösung: Rp: Atropin. sulf. 0.1. Cocain. mur. 0.25, Aqu. dest. 10.0.
2. Die von Edens angegebene: Rp: Atropin. sulfur. 0.03 bis 0.05, Cocain. hydrochlor., Kal. sulfur. ana 0.3 bis 0.5, Glycerini puriss. 3.0, Suprarenin. hydrochlor. (1:1000) ad 25.0.

Es soll vor jeder Inspiration möglichst tief und ausgiebig exspiriert werden. — Eine noch feinere Vernebelung bewirken die größeren Apparate nach Spieß-Dräger und Hirth, die wohl nur für Krankenanstalten in Betracht kommen. — Hautreize verschiedener Art (Hand- und Fußbäder, eventuell mit Senfzusatz, kalte Nackengüsse) können bei leichteren Anfällen bisweilen wirksam sein. Atemgymnastische Übungen sind im Anfall meist unmöglich, ebenso eignet sich die Kuhnsche Lungensaugmaske mehr für die anfallsfreie Zeit.

Behandlung außerhalb des Anfalles.

1. Medikamente. Jod ist das wirksamste Medikament für die anfallsfreie Zeit. Die Wirkung dürfte auf Verflüssigung des Bronchialsekretes und Anregung der Expektoration beruhen. Jod ist lange und in genügender Menge zu geben, man strebe eine Tagesdosis von 1 g Jodnatrium oder Jodkalium an und gebe etwa jeden Monat 20 Tage lang Jod und lasse die übrigen zehn Tage pausieren. Treten Jodschäden (Jodismus) auf, so kann man noch die schwächer jodhaltigen organischen Präparate versuchen, wie Sajodin, Jodglidin, Lipojodin, Jodtropon, Jodival, von denen täglich drei bis vier Tabletten genommen werden. — Kalzium scheint weniger gut zu wirken als Jod. Man verordnet 1 bis 3 g Chlorkalzium pro Tag. — Atropin kann man auch außerhalb der Anfälle zu chronischen Atropinkuren verwenden. Da die Empfindlichkeit für Atropin sehr schwankt, rät Januschke, mit ganz kleinen Atropindosen (zweimal 0.2 mg) zu beginnen und sich langsam in die Höhe zu tasten; die Kur soll vier bis sechs Wochen dauern. — Inhalationen mit den oben erwähnten kleinen Apparaten sind dem Patienten zu regelmäßigem Gebrauche anzuempfehlen oder für die Zeit, wo sie Katarrhe kommen fühlen oder ein Oppressionsgefühl empfinden. Zuweilen genügen ein paar Atemzüge, um den Druck zu beheben. In der Klinik verwendet man erfolgreich die oben erwähnten großen Inhalationsapparate.

2. Physikalische Methoden. Von den verschiedenen Atemgymnastiken, die eine Verlangsamung und Vertiefung der Exspiration bezwecken, ist die einfachste und ohne ärztliche Aufsicht ausführbare, die Sängersche Zählmethode: man läßt den Kranken während der Exspiration laut zählen, von 1 beginnend und unter Dehnung der Vokale, so daß das Aussprechen jeder Zahl etwa eine Sekunde dauert. Gewöhnlich kann der Patient ohne Atemnot etwa bis fünf zählen. Die Zahl fünf wird nun nicht ausgesprochen; statt dessen führt der Kranke vielmehr eine kurze Inspiration aus, um dann wieder von sechs bis neun exspirierend weiterzuzählen. Man läßt nur durch die Nase inspirieren und strebt die Mitbeteiligung der Bauchmuskeln bei der Exspiration an. — Die Kuhnsche Lungensaugmaske bewirkt Erschwerung der Inspiration, während die Exspiration frei durch ein an der Maske angebrachtes Ventil erfolgt. Man kann durch einen Schieber den Inspirationsstrom mehr oder weniger abdrosseln. Die Atemübungen sollen mehrmals täglich, wenigstens 10 bis 20 Minuten lang durchgeführt werden. Die Behandlung mit der Saugmaske (außerhalb der Anfälle) scheint bei jenen Asthmatikern gut zu wirken, bei denen Lungenemphysem besteht oder in Ausbildung begriffen ist. — Hydrotherapie im Sinne einer vernünftigen Abhärtung kann die Neigung zu Bronchitis herabsetzen. Besser wirken aber meist Schwitzprozeduren (Einpackungen, Tees, Aspirin); bei intakten Kreislauforganen sind die elektrischen Glühlichtbäder zu empfehlen. Die Schwitzprozeduren beeinflussen die Bronchitis und die Expektoration günstig. — Röntgenbehandlung, und zwar Röntgentiefentherapie, wird von manchen Autoren gerühmt, doch sind die Erfahrungen noch nicht eindeu-

tig. Zur Durchführung der Röntgenbehandlung muß sich der Patient für drei bis vier Tage in eine Krankenanstalt begeben. — Klimatotherapie. In Höhen über 1000 m fühlen sich die meisten Kranken wohl, einzelne haben aber auch dort ihre Anfälle. Die Wirkung der bekannten Asthmakurorte (Reichenhall, Gleichenberg, Ems, Baden-Baden usw.) ist ebenfalls unsicher. „Jeder Asthmatiker hat sein Privatklima." Übersiedlung in einen anderen Ort hilft oft, doch läßt sich im voraus keine Regel geben. Der Kranke muß hinfahren und einige Wochen das dortige Klima ausprobieren.

3. Moderne desensibilisierende Behandlung. Wie oben erwähnt, fassen neuere, besonders anglo-amerikanische Autoren das Asthma als eine Proteinüberempfindlichkeit (analog dem Heuschnupfen) auf. Doch ist es im Einzelfalle sehr schwer zu erkennen, welches Protein in Frage kommt. Die meisten Patienten können darüber keine Auskunft geben, und der Versuch, durch Kutanreaktion die betreffenden Proteine zu finden, ist äußerst langwierig und unsicher. Selbst wenn die Kranken wissen, daß sie ihre Anfälle bei Gegenwart gewisser Stoffe bekommen (Hautschuppen von Pferden, von Menschen, Gramineenarten, Ipekakuanha usw.), so ist die desensibilisierende Behandlung heute für die Praxis noch kaum durchführbar, da wir über die Herstellung der desensibilisierenden Stoffe, ihre Dosierung, Injektionsintervalle usw. noch keine genügenden Erfahrungen haben. — Tuberkulinbehandlung hat Leeuwen empfohlen („Ars Medici" 1924, S. 196), doch konnten die Nachprüfer ebensowenig wie Verfasser die guten Erfolge bestätigen. — Etwas besser sind die Erfolge mit der Auto-Vakzinebehandlung. Dieses Verfahren ist in Amerika schon längere Zeit im Gebrauche und beginnt sich auch bei uns einzubürgern. Man läßt sich in einem bakteriologischen Institute aus dem Sputum des Kranken eine Mischvakzine herstellen. Gewöhnlich wachsen vorwiegend Staphylokokken, daneben auch Micrococcus catarrhalis, seltener andere Keime. Eine Aufschwemmung abgetöteter Keime wird in sterile Ampullen gefüllt und jeden vierten bis fünften Tag eine subkutane Injektion gemacht. Man beginne mit kleinen Dosen, die keine Reaktion machen, doch sind im späteren Verlaufe leichte Fieberreaktionen anzustreben. Verfasser versuchte dieses Verfahren bei 50 Kranken und hatte in der Hälfte der Fälle keinen Erfolg, bei einem Drittel deutliche Besserung, bei einigen Verschwinden der Anfälle für längere Zeit. Ein sicheres Mittel ist dieses Verfahren, wie man sieht, ebenfalls nicht, wenn auch wahrscheinlich die Desensibilisierungsverfahren eine Zukunft haben dürften. (Fortschr. d. Ther. Nr. 4/5, 1925.)

Blutungen — Kalziumbehandlung.

Kalksalze wirken beschleunigend auf die Blutgerinnung, jedoch, wie aus zahlreichen von Wilfried Löwenstein und G. Pollitzer an der Abteilung Prof. H. Schlesingers (Allgem. Krankenh., Wien) angestellten Versuchen bei den verschiedensten inneren Erkrankungen hervorgeht, nur bei venöser Applikation. Calcium lacticum oral gegeben bewirkte keine Veränderung im Blutgerinnungsvorgang; Calcium chloratum erzeugte, venös verabreicht (10 bis 20 cm^3 einer 10%igen Lösung), prompt eine Beschleunigung der Blutgerinnung. (Klin. Wschr. Nr. 45, 1924.)

Bronchitis — Äther muskulär.

Die Erfolge der Ätherinjektionen beim Keuchhusten sind bekannt (s. „Ars Medici" 1923, S. 583). Nun teilt E. Riess aus der Chir. Univ.-Klinik Prof. Bier in Berlin mit, daß sich die Injektionen daselbst seit über einem Jahr

als das wirksamste Mittel gegen Narkosebronchitiden (187 Fälle), akute Erkältungsbronchitiden und chronische Bronchitiden ohne Emphysem, chronische Tracheitiden alter Raucher und Alkoholiker erwiesen haben. Um die Injektion schmerzlos zu gestalten und die Resorption zu verzögern, wurde folgende Mischung alle 24 Stunden unter Vermeidung der Blutgefäße und Nerven muskulär injiziert: Äther, Ol. oliv. ana 0.5 mit Zusatz von 1% Psikain (fertige Ampullen bei Merck). Unmittelbar nach der Injektion Äthergeschmack im Munde, Atmung freier und tiefer, Expektoration erleichtert, schmerzfrei, dünnflüssig. Bronchitiden nach Äthernarkosen heilen meist nach drei bis vier Injektionen. Tierversuche ergaben, daß die Ätherinjektionen eine Lungenhyperämie bewirken, wodurch zähe Sekrete gelockert werden.

Bei Bronchopneumonien, Stauungsbronchitiden und Lungentbc. haben sich die Injektionen nicht bewährt; bei Asthma bronchiale und chronischem Emphysem nur vorübergehende Besserung. (M. m. W. Nr. 19, 1925.)

Chronische Arthritis — Röntgen.

Das Versagen der internen und üblichen physikalischen Therapie bei manchen Formen chronischer Gelenksentzündungen und deren Folgen (Versteifung und Schmerzhaftigkeit) bewog Appelrath, bei einer Auswahl von Fällen des Städtischen Krankenhauses in Mainz auf Grund vielfacher, seit etwa 13 Jahren in der Literatur niedergelegter günstiger Erfahrungen Versuche mit Röntgenbestrahlungen vorzunehmen. Die Gelenksentzündungen waren teils deformierende Altersarthritiden, teils chronische Rheumatismen. Die angewendete Dosis betrug ein Fünftel HED. — Zur Ruhigstellung der erkrankten Gelenke und Ermöglichung einer ganz gleichmäßigen Bestrahlung von allen Seiten her wurden die zu bestrahlenden Körperteile in die von Jüngling (Strahlenther. Bd. 14) angegebene Radioplastinmasse (erzeugt von Roessler & Hochwehr in Karlsruhe) eingebettet. Die Erfolge waren sehr gute, besonders hinsichtlich des raschen Aufhörens der Schmerzhaftigkeit und der baldigen Wiederkehr der Beweglichkeit, bestanden jedoch weniger in objektiver Besserung oder Heilung des pathologisch-anatomischen Prozesses. Bei Beobachtung der gegebenen Vorschriften und Durchführung der Behandlung seitens geschulter Röntgentherapeuten haftet dem Verfahren keine Gefahr an. Die Erklärung für die Wirkungsweise steht noch aus, dürfte jedoch nach Pordes in der Anregung der Aufsaugung von Rundzelleninfiltraten zu suchen sein. Interessant ist auch die Verwendung dieser Therapie in differentialdiagnostischer Hinsicht gegenüber luetischen Gelenksprozessen; bei positiver WaR hatte die Röntgenbestrahlung einmal vollen Erfolg — die Arthritis war nicht syphilitischer Natur —, ein andermal blieb der Erfolg aus und die antiluetische Therapie, die im ersten Fall versagt hatte, brachte Heilung. (Strahlenther. Bd. 19, H. 4, 1925.)

Eine Epidemie von Icterus gravis

(Weilscher Krankheit) beschreibt Körner. Sie trat in der Polizeischule der Provinz Sachsen in Burg bei Magdeburg auf. Die im Kriege recht häufige Krankheit ist jetzt wieder seltener geworden, doch entgeht wohl manche kleine Epidemie der Erkennung. Die Weilsche Krankheit wird bekanntlich durch eine Spirochätenart hervorgerufen („Ars Medici" 1917, S. 371) und wahrscheinlich durch Ratten und deren Kot im Schmutzwasser verbreitet. Jedoch scheint auch die Übertragung durch Fleischgenuß eine Rolle zu spielen, worauf das wiederholt berichtete Vorkommen der Krankheit unter Angehörigen des Fleischhauergewerbes hinweist. In der hier besprochenen Epidemie kam höchstwahrscheinlich als Infektionsquelle d'e

in einem sumpfigen Gelände liegende Badeanstalt mit schlammigem Grunde in Betracht. Nach Verbot der Benützung dieser Badeanstalt hörten die Erkrankungen sofort auf. Die Diagnose macht nur anfangs Schwierigkeiten, wo das einzige Symptom in Fieber besteht. Ist einmal der Ikterus da, so ist die Diagnose leicht, zumal wenn Massenerkrankungen auftreten und man die ätiologischen Eigentümlichkeiten kennt, das Entstehen in den heißen Sommermonaten, unter bestimmten Berufen, meist bei jüngeren männlichen Personen. Bei unklaren Einzelerkrankungen ist die Untersuchung des Urins auf Gallenfarbstoffe wichtig, die sich noch vor Auftreten des Ikterus finden. Die ätiologische Sicherung der Diagnose kann nur an einer Klinik mit pathologischem Institute erfolgen, da nur in den ersten drei Tagen die Übertragung auf Versuchstiere zu gelingen pflegt. Dagegen kann man das Rekonvaleszentenserum an ein Gesundheitsamt senden, und dieses kann aus der Wirkung des Serums auf infizierte Meerschweinchen die Diagnose sichern. Von den 75 Fällen der hier besprochenen Epidemie hatten nur wenige alle bekannten schweren Symptome des Icterus gravis. Die meisten verliefen leichter, gehörten aber auch wohl sicher zur Gruppe des infektiösen Ikterus. Das typische Bild des schweren Falles von Weilscher Krankheit läßt sich so skizzieren: Plötzlicher Beginn unter Frieren und Schüttelfrost mit Fieber von 39 bis 40°. Zugleich heftige Glieder-, Muskel- und insbesondere krampfartige Wadenschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe. Nach diesen allgemeinen Intoxikationserscheinungen erfolgt ein remittierendes Heruntergehen des Fiebers, und am vierten bis fünften Krankheitstage tritt plötzlich ein zunehmender Ikterus des Körpers auf, der in drei bis vier Tagen mit einer dunklen chromgelben Färbung der Haut und Skleren seinen höchsten Grad erreicht. Die Haut ist trocken, zeigt oft petechiale Blutungen, auch die Schleimhäute neigen zu Blutungen; Nasenbluten; blutender Herpes. Die Zunge ist schmierig graubraun belegt. Die Gliederschmerzen steigern sich, das Sensorium ist häufig benommen. Die Leber ist vergrößert und druckempfindlich. Starke Leukozytose und herabgesetzter Blutdruck. Die Nieren sind stets mitbeteiligt, meist 2 bis 3 pro mille Eiweiß im Harn. Unter diesen Erscheinungen sinkt das Fieber intermittierend ab und erreicht am achten bis neunten Tage 37°. Damit ist das erste Fieberstadium beendet. Nach vier bis fünf fieberfreien Tagen, während welcher Darm- und Nierenerscheinungen zurückgehen und nur geringere Gliederschmerzen und große Hinfälligkeit und Schwäche persistieren, setzt am 13. bis 15. Krankheitstage in etwa 75% der Fälle das zweite Fieberstadium ein, das meist remittierenden bis intermittierenden Charakter hat und in seiner Höhe etwas hinter dem Fieber des Primärstadiums zurückbleibt. Dieses Krankheitsstadium wird vorwiegend von den Erscheinungen der Anämie beherrscht. Die Gelbfärbung von Haut und Schleimhäuten geht in eine mehr graugelbe, oft blaßgrüne Farbe über, der Hämoglobingehalt sinkt unter 60%, die Zahl der roten Blutkörperchen bis unter drei Millionen; dazu tritt Milzschwellung auf. Die übrigen Erscheinungen von Seiten des Darmes, der Nieren und des Blutdrucks gehen langsam zurück. Am 26. bis 30. Krankheitstage sinkt das Fieber ab, und es beginnt die schleppende Rekonvaleszenz, in deren Vordergrund langanhaltende Anämie und große Schwäche stehen. Die Mortalität wird verschieden, zwischen 13 bis 40%, angegeben. Bei der hier besprochenen Epidemie endete kein Fall tödlich. Von bemerkenswerten Beobachtungen seien noch folgende hervorgehoben: Das auffallendste Symptom, welches auch bei den Leichterkrankten sofort neben den Kopfschmerzen auftrat, war eine mehr oder weniger starke Schmerzhaftigkeit der Nackenmuskulatur, die zuerst sogar an epidemische Genickstarre denken ließ. Die Schmerzen in den Oberschenkeln und besonders die

Wadenkrämpfe traten oft erst später auf. Fast alle Kranken hatten ferner, was auch schon andere Autoren beobachtet haben, gleich im Beginne der Erkrankung Entzündungen der Schleimhäute: Schnupfen, Rachenkatarrh, Konjunktivitis. Fünfmal bestand eitrige Angina, 15mal mitunter schwer stillbares Nasenbluten, drei Kranke hatten Bronchitis mit rostfarbenem Sputum, doch kam es zu keiner Pneumonie. Magendarmbeschwerden (Obstipation, Durchfälle) weckten den Verdacht von Paratyphus und Ruhr. Aus allen diesen Symptomen kann man vermuten, daß die Eintrittspforte für den Erreger vielleicht die Schleimhäute der Nase, des Auges und des Darmes waren. Milzvergrößerung ließ sich nicht immer konstatieren. Fing die Erkrankung mit leichtem Fieber an, so konnte man mit Wahrscheinlichkeit auf einen milden Verlauf rechnen. Traten jedoch gleich zu Beginn der Erkrankung unter Schüttelfrost Temperaturen bis 40° und starke Nacken- und Kopfschmerzen auf, so blieb der Ikterus nicht aus und die Krankheit verlief gewöhnlich schwer.

Zur Therapie wurde in erster Linie ein vom Reichsgesundheitsamt in Berlin durch Immunisierung von Kaninchen mit Weilschen Spirochäten hergestelltes Serum herangezogen, welches in Mengen von 5 cm^3 intraglutäal injiziert wurde. Die Injektion kann ohne Schaden mehrfach hintereinander wiederholt werden. Ein fertiges, von Pferden hergestelltes Serum liefert auch die Firma L. W. Gans in Oberursel. Von vielen Autoren wurde auch Rekonvaleszentenserum in größeren Dosen (60 cm^3) benützt, besonders von den Japanern, in deren Lande die Weilsche Krankheit häufig ist. Von dem Serum des Reichsgesundheitsamtes sah Verfasser stets deutliche Besserung; insbesondere ließen die unerträglichen Kopfschmerzen bald nach. In manchen Fällen, bei denen ein schwerer Verlauf zu erwarten schien, hatte man den Eindruck, daß der spätere milde Verlauf der Serumanwendung zuzuschreiben war. Da ferner beobachtet wurde, daß bei bestehender Stuhlverstopfung schwererer Ikterus auftrat, so wurde in allen Fällen ohne Schaden reichlich Karlsbader Salz verordnet. Es ist unklar, warum einige Autoren vor dem Sal Carolin. fact. bei Icterus gravis gewarnt haben. Bei den heftigen, oft unerträglichen Kopfschmerzen und Wadenkrämpfen waren Narkotika zuweilen nicht zu umgehen. (D. m. W. Nr. 19, 1925.)

Für die amtliche Eichung der Injektionsspritzen

tritt Prof. K. Brandenburg (Berlin) ein. Von 750 Spritzen verschiedener Größen, die Stelzner auf die Genauigkeit ihres Inhaltes und ihrer Maßeinteilung untersuchte, hielten nur 53 (= 7%) die Eichfehlergrenzen ein. So waren von 120 1 cm^3 Spritzen nur 29 zulässig, hingegen 91 bis zu 300 mm^3 falsch. Die Spritze wird in der Praxis aber auch als Meßinstrument verwendet, so daß ein unrichtiger Inhalt oder eine ungenaue Einteilung bei differenten Injektionen (Tuberkulin, Strophantin, Suprarenin, Skopolamin u. dgl.) von bedenklichen Folgen sein kann. Auch die von den chemischen Firmen gelieferten Ampullen sind keinesfalls genau abgemessen. So fand Stelzner von 30 1.1 cm^3 Ampullen 18 bis zu 80 mm^3 falsch. Wenn bisher üble Erfahrungen infolge dieser oft weitgehenden Ungenauigkeiten in der Dosierung nicht beschrieben wurden, so ist dies offenbar darauf zurückzuführen, daß auf diese Ursache noch nicht geachtet wurde. (M. Kl. Nr. 15, 1925.)

Lungenkarzinom.

Das Häufigerwerden des Lungenkrebses etwa seit dem Jahre 192[illegible] wurde schon von einer Reihe von Autoren beobachtet. Als Ursache wurde die vermehrte Staubentwicklung in den Städten vermutet und darauf hin-

gewiesen, daß das staubarme Kristiania viel weniger Lungenkarzinome aufweise als die anderen Großstädte (vgl. „Ars Medici“ 1923, S. 206). Prof. Berblinger (Jena) bestätigt nach eigenen Zusammenstellungen und nach den Statistiken anderer Kliniken, daß der Lungenkrebs tatsächlich an Häufigkeit stark zugenommen habe. Jedoch dürfte die Schuld an dieser Vermehrung weniger dem Staub als vielmehr den Grippeepidemien zuzuschreiben sein. Pathologisch-anatomisch läßt sich nachweisen, daß nach allen Entzündungen des Respirationstraktes, in besonderem Maße aber nach der Influenza, sich in der Schleimhaut auch der tieferen Abschnitte der Luftwege geschichtetes Pflasterepithel bildet, und diese „Metaplasie des Epithels“ kann zur Vorstufe eines Karzinoms werden. (Klin. Wschr. Nr. 19, 1925.)

Nichtoptimale Herztätigkeit als Ursache „neurasthenischer“ Beschwerden

ist nach Doz. H. Januschke (Wien) erwiesen, wenn die Ehrlichsche Aldehydprobe auf Urobilinogenurie auch nur schwach positiv ausfällt. Man versetzt einige Kubikzentimeter Harn mit einigen Tropfen einer 2%igen Lösung von Dimethylparamidobenzaldehyd in 20% Salzsäure und fügt, falls die Reaktion nicht bald auftritt (Rotfärbung), etwas konzentrierte Salzsäure hinzu. Die Probe ist so empfindlich, daß sie bei manchen Pat. die Ermüdungskurve des Tages mitmacht, indem sie des Morgens, wenn Pat. ausgeruht ist, negativ ausfällt, um gegen Nachmittag oder Abend positiv zu werden. Subjektives Ermüdungsgefühl und sinkender Blutdruck gehen häufig damit parallel. Rötliche Färbung vor einem weißen Hintergrund (im Vergleich zum Kontrollharn) gilt bereits als positiv. Medikamentöse Behandlung des Herzens und Kreislaufs (Digitalis + Diuretin) beseitigt in wenigen Tagen mit der Reaktion auch die „neurasthenischen“ Beschwerden. (W. m. W. Nr. 16, 1925.)

Rheumatische Fußbeschwerden.

Nach Prof. K. Port ist folgendes chronische Krankheitsbild namentlich bei Frauen häufig: Fußschmerzen, besonders des Morgens, gleich nach dem Aufstehen, so daß Pat. oft nicht mit der Ferse an den Boden kommen kann. Nach kurzer Zeit wird der Fuß gelenkig und die Schmerzen schwinden, um erst nach größerer Anstrengung wieder zu kommen. Manchmal steht nur ein Müdigkeitsgefühl im Vordergrund. Objektiv: Fußgewölbe erhalten, leichte Valgusstellung, Bewegungen frei, aktiv und passiv schmerzlos; leichte Schwellung am Fußrücken und vor dem äußeren Knöchel, die sich zum Teil wegmassieren läßt (jedoch keine Fingerdellen). Daselbst auch Druckempfindlichkeit, eventuell auch rückwärts mitten in der Ferse, ebenso der Fußsohle, der Wadenmuskulatur, der Beugemuskeln am Oberschenkel, der Glutaei usw. Auch die Haut der Beine ist druckempfindlich, verdickt, besonders am Knie, Abheben einer Hautfalte daselbst schmerzhaft. Schmerzen beim Heben des gestreckten Beines (Lasègue-sches Zeichen). Schlechte Witterung, feuchte Kälte erhöhen die Beschwerden. Manchmal findet man kleine druckempfindliche, spindelförmige Verdickungen in den schmerzhaften Muskeln, analog den Corneliusschen Druckpunkten. Verwechslung mit Ischias ist häufig.

Das wirksamste Heilmittel ist die Massage. Manchmal ist vorübergehend auch eine Plattfußeinlage erforderlich. Diathermie, Heißluft usw. sind weniger zuverlässig. (M. m. W. Nr. 15, 1925.)

Sodbrennen — Ursachen und Behandlung.

Man unterscheidet das echte Sodbrennen (vgl. „Ars Medici“ 1924, S. 438): ein brennendes Gefühl, von der Magengrube beginnend, nach auf-

wärts ausstrahlend, ferner das Magenbrennen (B o a s), ein ähnliches, aber nicht ausstrahlendes Gefühl. Beide Sensationen können auch vergesellschaftet vorkommen. Außerdem sind noch beschrieben: Speiseröhrenbrennen bei Ösophaguserkrankungen und eine Art Krampfgefühl in der Speiseröhre, von der Kardia antiperistaltisch fortgeleitet (P e n z o l d t). Angesichts der Unklarheit, welche noch vielfach in der Literatur über die Genese der Pyrosis herrscht, untersuchte H i r s c h b e r g ein größeres Patientenmaterial (232 Fälle) der Privatklinik Prof. B o a s hinsichtlich des Auftretens von Sodbrennen in bezug auf den Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme, die Art der genossenen Speisen und den Säuregehalt des Magens. Bei Hyperazidität fand sich Sodbrennen in 73% der Fälle, 92% der Normaziden hatten keine Pyrosis, desgleichen 81% der Subaziden und 93% der Anaziden. Sodbrennen fand sich häufig bei Leuten, die viel Fleisch aßen, bei Rauchern, Kaffeetrinkern und Angehörigen von Ulkus-Familien; es wurde oft durch fette, süße oder saure Speisen, Kuchen u. dgl. ausgelöst. Nur in zwei Fällen war Anazidität vorhanden (Magenkatarrh. Hypermotilität des Magens). Die Gallensteinkranken zeigten zumeist keine Pyrosis, die Karzinomatösen Sodbrennen in 10% der Fälle. Wichtiger waren die Befunde beim Magengeschwür: 70% Sodbrennen, hievon die Hälfte superazid; ein Beweis für die Rolle, welche die Vermehrung der Salzsäure bei der Pyrosis spielt; zugleich aber auch ein diagnostischer Hinweis darauf, dem Sodbrennen, welches manchmal das einzige subjektive Symptom eines Ulkus sein kann, erhöhte Beachtung zu schenken. — Das habituelle Sodbrennen (C r a e m e r) Gesunder nach Weißwein, süßen oder fetten Speisen ist wahrscheinlich ein Zeichen latenter Superazidität. Der Entstehungsmechanismus der Pyrosis weist außer auf die vermehrte Säurebildung auch auf eine erhöhte Schleimhautempfindlichkeit des Magens und der Speiseröhre hin, da Sodbrennen z. B. bei Rumination selten ist und anderseits sogar bei Achylie (siehe oben) vorkommt. — Die Therapie muß kausal sein; demnach z. B. bei Achylie Salzsäure, bei reiner Hyperchlorhydrie Alkalien, eventuell mit Atropin oder Belladonna kombiniert; bei Neurasthenikern Faradisation und Psychotherapie. — Vorsichtige, gewürzlose, vegetabilische Kost wirkt bei Säurevermehrung. Ulkus oder Karzinom erfordern spezifische Behandlung. (Arch. f. Verdauungskr. Bd. 35, H. 1—2, 1925.)

Vorsicht mit Strychninpräparaten.

W i l l f ü h r (Liegnitz) beschreibt eine tödliche Vergiftung mit Strychninpillen. Einem nervenleidenden Patienten verschrieb der Arzt die „Comprettae ferr. cum. acid. arsenicos. compos." (MBK = Merck, Böhringer & Knoll). Diese Kompretten enthalten pro Stück: Ferr. hypophosphor. 0.15, Chinin 0.03, Acid. arsenicos. 0.001 und Strychnin. nitr. 0.001. — Die zweidreivierteljährige Tochter des Patienten nahm in einem unbeobachteten Moment vier Stück der mit Zucker überzogenen Kompretten und starb an typischem Strychnintetanus. Die höchste Einzelgabe für den Erwachsenen ist 0.005 g, für ein dreijähriges Kind 1 mg Strychnin nitr., wurde also hier um das Vierfache überschritten. Man ist heute wohl im allgemeinen mit dem vielfach als Tonikum verordneten Strychnin nicht vorsichtig genug. Die oben genannte Firma hat nun beschlossen, in Zukunft auf den Schachteln mit diesen Kompretten den Strychningehalt zu verzeichnen. Ein Unfug aber ist es, wenn manche dieser Mittel sogar ohne ärztliche Verordnung verkauft werden. Viele Rattengifte enthalten Strychnin. In England ist das „Fellows Compound of Hypophosphites" sehr gebräuchlich, das im Teelöffel 1 mg Strychnin. nitr. enthält. Ähnlich ist „Hells Syrupus Colae compos.", welcher **im Teelöffel sogar 0.0015 g** Strychnin. nitr. enthält. Bei allen diesen Mitteln ist also Vorsicht einzuschärfen, zumal wo Kinder im Hause sind. (D. m. W. Nr. 20, 1925.)

Temperaturdifferenzen an verschiedenen Körperstellen.

Dozent Grgurina (Abbazia) macht auf verschiedene Fehlerquellen aufmerksam, die bei der gewöhnlichen Temperaturmessung in der Achselhöhle und Inguinalgegend, besonders aber in der Mundhöhle und im Rektum leicht unterlaufen (lokal bedingte Temperaturerhöhung durch Furunkel, Ekzeme, Erytheme, entzündliche Prozesse im Mund und am Halse, endo- und periproktale Krankheitsprozesse, Prostatitis, Parametritis usw.). In beiden Achselhöhlen finden sich auch bei ganz gesunden Menschen Temperaturunterschiede bis zu 0.2°. Bei einseitiger Lungenspitzentbc. bestand meist ein Unterschied von 0.2 bis 0.8°, bei beiderseitiger Erkrankung war die Temperatur auf der Seite des noch aktiven Prozesses höher. Solche Unterschiede finden sich oft auch bei nicht fiebernden Apizitikern. Bei Apizitikern ohne Temperaturunterschied zeigt sich oft nach zehn Minuten langer Bewegung (z. B. Armkreisen) höhere Temperatur auf der befallenen Seite (diagnostisch wertvoll bei unklaren Fällen — Ref.). Bei Pneumonie, Pleuritis, Empyem ist die Temperatur häufig auf der befallenen Seite um 0.2 bis 0.9° höher, manchmal bevor noch die objektiven physikalischen Zeichen erscheinen (Frühdiagnose z. B. bei zentraler Pneumonie mit pseudoappendizitischen Symptomen — Ref.). — Bei Gesunden fand Verfasser die Temperatur in den Inguinalbeugen um 0.2 bis 0.4° höher als in den Achselhöhlen. Ist aber die Temperatur in den Achselhöhlen höher als in der Leistenbeuge, so weist dies auf den Brustkorb als Sitz einer Krankheit hin, während man nur dann den Krankheitssitz in der Bauchhöhle vermuten darf, wenn die Leistenbeugentemperatur die in der Achselhöhle um wenigstens 0.8° übersteigt. Bei Aszites infolge Leberzirrhose ist die Temperatur in inguine normal, bei tuberkulöser Peritonitis exsudativa etwas erhöht.

Über die Pathogenese dieser Temperaturdifferenzen gibt Verfasser keine Erklärung. (Ref. meint, daß es sich meist um einen viszero-vasomotorischen Reflexvorgang handelt, und sieht darin ein Seitenstück, bzw eine Ergänzung zu den viszeromotorischen und viszerosensiblen Reflexen bei Eingeweideerkrankungen im Sinne der genialen Auffassung von James Mackenzie. Daß es sich meist nicht um Entzündungswärme, sondern um einen viszero-vasomotorischen Schutzreflex, eventuell mit Tendenz zur Heilung des Herdes handelt, kann man aus der rasch eintretenden, flüchtigen Temperaturerhöhung auf der befallenen Seite nach Armkreisen bei nicht fiebernden Apizitikern schließen: das ist doch kein „Fieber"!). Verfasser berichtet auch über einen Fall, bei welchem die Temperatur durch Monate nur auf einer Seite erhöht war. (Es wäre verfehlt, solche Kranke durch die Annahme einer monatelang andauernden subfebrilen Temperatur in Unruhe zu versetzen, da es sich in diesen Fällen offenbar nicht um „Fieber", sondern nur um einen lokalbegrenzten viszero-vasomotorischen Dauerreflexvorgang mit Schutz- und Heilungstendenz handelt. Ref.).

Verfasser zieht aus seinen beachtenswerten Beobachtungen die Lehre, daß man sich nicht immer mit der Temperaturmessung nur an einer Körperstelle begnügen darf, namentlich nicht in differentialdiagnostisch zweifelhaften Fällen. (Liječnički Vjesnik. Nr. 3, 1925. Ref. Reg.-Rat Dr. J. Knotz, Sarajevo.)

Toxische Kreislaufschwäche — Adrenalin subkutan.

0.1 bis 0.2 cm³ der 1‰igen Lösung alle ein bis zwei Stunden subkutan, eventuell durch mehrere Tage fortgesetzt, Injektionsstelle jedesmal massieren, kann noch manches Menschenleben retten, wo alle anderen Mit-

tel versagen. (Haeberlin, Städt. Krankh., Nauheim, M. m. W. Nr. 18, 1925.)

Zur Proteintherapie des Ulcus duodeni

beschreibt L. Werner (Ulrichskirchen, N.-Ö.) einen Fall bei einem 50jährigen Weinbauer mit einem jahrealten, klinisch bestätigten Ulcus duodeni, das sich medikamentös nicht heilen ließ und den Pat. bereits hochgradig heruntergebracht hatte. Er injizierte nun Novoprotin (Grenzachwerke — Phiag) muskulär jeden dritten Tag, zunächst je eine Ampulle, und da hiebei keine Reaktion auftrat, bei der fünften Injektion eineinhalb Ampullen und von der sechsten bis zwölften Injektion je zwei Ampullen. Von der sechsten Injektion an noch eine Stunde deutliche, jedoch immer schwächere Herd- und Fieberreaktionen (vermehrte Ulkusschmerzen durch 15 Minuten, Schüttelfrost und Fieber durch 30 Minuten), die zweistündige Bettruhe erforderten; gleichzeitig deutliche allgemeine Besserung, völliges Schwinden sämtlicher Beschwerden. Pat., der seit Jahren nur von Milch und Milchspeisen leben mußte, ist seit fünf Monaten völlig geheilt und arbeitsfähig und verträgt jede Nahrung, selbst Wein. (W. m. W. Nr. 13, 1925.)

Neurologie und Psychiatrie.

Die Bromtherapie.

Von E. Oppenheimer (München).

Die empirisch gefundene beruhigende Wirkung des Broms läßt sich auch im Tierexperiment nachweisen. In der praktischen Bromtherapie handelt es sich meist um Kranke, die einer chronischen Bromzufuhr bedürfen, wie bei Neurasthenie, kindlicher Spasmophilie, Chorea und besonders Epilepsie. Die Erfahrung und Forschung haben nun bewiesen, daß eine gewisse Bromanreicherung des Organismus zustande kommt und durch eine kochsalzarme Kost begünstigt wird. Brom und Chlor substituieren sich nämlich im Körper gegenseitig; nach einem treffenden Kollegausdruck Straubs ist der Organismus für Brom und Chlor „farbenblind".

Bromkuren sollen nicht schematisch dosiert werden, aber immerhin läßt sich angeben, daß für den Erwachsenen eine durchschnittliche Tagesdosis von 5 bis 8 g Bromnatrium bei einer Beschränkung der täglichen Kochsalzzufuhr auf 8 bis 10 g geeignet ist (die früher üblichen Tagesdosen von 10 bis 12 g Na Br stammen aus einer Zeit, wo die Kochsalzbeschränkung noch nicht eingebürgert war). Man soll sich mit dem Brom „einschleichen". Die Dauer einer Brombehandlung ist nicht begrenzt. Jahre hindurch kann und soll der Epileptiker bei entsprechendem Kochsalzentzug unter der Bromdosis stehen, die seine Anfälle zum Verschwinden gebracht oder doch zumindest auf ein optimales Minimum herabgesetzt hat. Auch ein relativ langfristiger Erfolg darf nicht dazu verführen, die Medikation brüsk zu unterbrechen. „Besser keine Bromkur als eine intermittierende". Wenn man glaubt, genügend Brom im Organismus angereichert zu haben, kann man gelegentlich versuchen, den Bestand durch kleine Kochsalzzugaben oder Senkung der Bromdosis zu vermindern. In großen Sprüngen oder gar durch unvermitteltes Absetzen darf das nicht geschehen. Nur bei akuter Bromintoxikation muß der Behandlungsplan geändert werden. Seitdem wir das Substitutionsgesetz zwischen Brom und Chlor kennen, wissen wir, daß wir im Kochsalz ein sicheres Antidot besitzen. Sobald eine tagsüber auffallende Schläfrigkeit, Verminderung der Reflex-

erregbarkeit, kleiner, frequenter Puls, Ataxie, Sprach- und Schriftstörung sich bemerkbar machen, ist der Nahrung 1 bis 5 g Kochsalz mehr zuzusetzen und eventuell die Bromdosis um 1 bis höchstens 2 g zu reduzieren, worauf in zwei bis drei Tagen alle besorgniserregenden Erscheinungen verschwinden. Auch Digitalis hilft die Bromvergiftung beseitigen (Diurese). Die sogenannte „chronische Bromvergiftung" wird heute mit großer Skepsis betrachtet. Wahrscheinlich sind die beobachtete Verminderung der geistigen Fähigkeiten und die körperlichen Beschwerden nicht durch das Brom, sondern durch die Grundkrankheit bedingt. Markwalder spricht daher ganz richtig von einem „Gespenst der Bromfurcht".

Die Brom-Hautaffektionen stellen eine unangenehme, aber keineswegs gefährliche Beigabe für die einer Bromkur Unterworfenen dar, treten aber nicht bei allen Patienten auf. Die häufigste Form ist die Bromakne, seltener sind die Brom-Ulzerationen, gelegentlich kommen Exantheme und andere Veränderungen vor. Alle sind durch innerliche Darreichung von Arsen (Solutio Fowleri, zwei bis sechs bis acht Tropfen, ein- bis zweimal täglich), die über Wochen und Monate fortzusetzen ist, auf ein selbst für eitle Patienten erträgliches Maß herabzusetzen.

Darreichungsform. Die wirksamste Verbindung ist nach neueren Forschungen das Bromid. Von den Bromidverbindungen ist heute das Kaliumbromid wegen seiner Wirkungen auf den Kreislauf so ziemlich verlassen und das Natriumbromid bevorzugt, welches das indifferenteste Kation besitzt. Auch das Ammoniumbromid entwickelt nach neueren Versuchen Januschkes unerwünschte Nebenwirkungen und sollte ebenso wie die Erlenmeyersche Mischung (Ka Br, Na Br, Ammon. bromat. ana) aus der Therapie verschwinden. In der Pädiatrie ist das Kalziumbromid sehr beliebt, weil man mit der sedativen Wirkung des Kalziums rechnet. In der Praxis hat es sich bewährt, vielleicht weil sein Bromgehalt sehr hoch (80%) ist. Neuerdings wurde auch das Strontiumbromid (zur Bekämpfung quälender Schmerzen) empfohlen, siehe „Ars Medici" 1924, S. 298. — Als Ersatz des Bromnatriums ist eine große Anzahl organischer Verbindungen in den Arzneischatz eingeführt worden, denen Freisein von Bromnebenwirkungen nachgerühmt wird. Voraussetzung für die Wirkung ist, daß sie in leicht abspaltbarer Form das Bromid enthalten, was z. B. bei Brom-Eiweiß- oder Brom-Tanninverbindungen an sich schon nicht zu erwarten ist. Der Bromgehalt der meisten organischen Präparate übersteigt nicht 20 bis höchstens 30%. Immerhin ist es von Vorteil, daß man für suggestible Patienten einige Mittel zur Abwechslung bereit hat. — Besonders kompliziert und noch unerforscht sind die Beziehungen zwischen Brom und Luminal. Manche Autoren geben sogar abwechselnd Brom- und Luminalkuren, setzen also zeitweilig plötzlich für Wochen mit dem Brom aus. Ob dieses Verfahren ohne Schaden bleibt, kann noch nicht gesagt werden. (Klin. Wschr. Nr. 21, 1925.)

Zur Beförderung des Einschlafens

empfiehlt Prengowski (Psych. Krankenh., Warschau) folgende eventuell kombinierte Verfahren: 1. Seitenlage mit kleinem Kopfkissen aufs Ohr. 2. Rückenlage, Kinn an die Brust gelehnt, Kopf durch Kissen unterstützt (Beförderung des Blutabflusses aus dem Gehirn). 3. Bauchlage mit lauwarmem Thermophor unter dem Bauch. (M. m. W. Nr. 17, 1925.)

Die Behandlung und Verhütung des Kropfes mit Jod.

Von Prof. Schwenkenbacher (Marburg).

Wie in anderen Ländern, hat auch in Deutschland die Häufigkeit des Kropfes wieder zugenommen. Deshalb findet der seit einigen Jahren von

Amerika ausgegangene, in der Schweiz und in anderen Alpenländern in großem Umfange wieder aufgenommene Kampf gegen den Kropf auch hier reges Interesse. Am meisten gebraucht wird die Verabfolgung von Jod. Doch führt dieselbe (wenn auch meist nur bei Selbstbehandlung ohne Arzt) gar nicht selten zu Hyperthyreosen, zum „Jodbasedow". Gewiß hat Fellenberg recht, wenn er sagt, daß eine tägliche Zufuhr von etwa 50 Millionstel Gramm Jodkalium in der Tagesportion von 10 g Kochsalz einem Kropfträger kein größeres Risiko zumutet, als es ein Wohnungswechsel nach einem jodreicheren, kropffreien Orte mit sich bringt. Aber bei einzelnen überempfindlichen Menschen können selbst diese Minimaldosen von Jod ernste Störungen verursachen. Man hat daher nach anderen Kropfmitteln gesucht und es wurden als solche Arsen, Hg, Benzonaphthol, Thymol, ferner Kalzium, Phosphor, Chinin, Silizium und Atropin empfohlen. Doch sind die Erfahrungen mit diesen Medikamenten noch gering, und es ist ratsam, vorläufig beim Jod zu bleiben, dessen Gefahren wir wenigstens genau kennen. Man suchte auch nach Zusätzen, die die Schädlichkeit des Jods verringern. Dieser Gedanke lag nahe, da wir wissen, daß die Erscheinungen des Jodismus (Schnupfen, Kopfweh, Akne) gemildert werden, wenn man mit dem Jodsalz gleichzeitig Natr. bicarb. oder Antipyrin gibt. So gebraucht Bircher zur Behandlung des Kropfes Tabletten, die außer Jod (in Form von Lipojodin) Chinin, Silizium und Kalzium enthalten. Andere versuchten Jod in organischer Bindung zu geben oder als Jodfette. Die Natur liefert uns im Lebertran ein jodhaltiges Fett. Aber selbst durch den gewiß milden und sehr schwach jodhaltigen Lebertran wird zuweilen Jodhyperthyreose erzeugt. Es gibt also gegen diese keinen sicheren Schutz, und Verfasser rät, bei der Behandlung und Verhütung des Kropfes bei dem altbewährten und gut dosierbaren Jodkalium zu bleiben, schon um unsere noch geringen Erfahrungen durch eine gleichmäßige Therapie in allen Staaten vergleichen und erweitern zu können.

Zur möglichsten Verhütung der Gefahren der Jodkalibehandlung mache man sich zur Regel: 1. Man gebe jedem Kranken eine möglichst kleine, ihm vorsichtig angepaßte Joddosis. 2. Man gebe Jodpräparate nicht ohne Pause lange Zeit hintereinander. 3. Man überwache sorgfältig den Kranken während der Behandlung.

So gibt z. B. Hotz Erwachsenen mit hyperthyreotischem Kropf von einer 5%igen Jodkalilösung fünf Tropfen während der ersten fünf Tage eines jeden Monates, das ist etwa 0.01 g Jod pro dosi. — Wagner-Jauregg empfiehlt Tagesgaben von 1 mg Jodkali aufwärts. Scheurlen rät, die kurmäßige Behandlung des Kropfes mit den gleichen Joddosen wie die Prophylaxe zu beginnen, z. B. mit 3 mg Jodkali einmal pro Woche. Kasper verordnet zunächst noch geringere Dosen, nämlich die kleinste von Bayard als noch eben wirksam erkannte Menge von 1 mg pro Monat: Rp: Sol. Kal. jodat. 0.001:150.0. M. D. S. Täglich nüchtern einen Teelöffel. Nach Bedarf wird diese Arznei verstärkt bis zu Gaben von 8 mg pro Monat. — Andere ziehen für kurze Zeit gegebene größere Joddosen vor, wie das z. B. Marine und Kimball in Ohio empfahlen: zweimal im Jahre 0.2 g Jodkali täglich durch je zehn Tage. Die kurzen Kuren haben den großen Vorteil der leichteren Überwachung; auch werden sie von den Patienten eher eingehalten, während der Kranke die Geduld verliert, wenn sich nach Wochen und Monaten noch kein sichtbarer Erfolg zeigt. — Bei der ärztlichen Kontrolle des Kropfträgers, die mindestens alle zwei Wochen während der Behandlung erfolgen soll, sind Struma, Herz und Körpergewicht zu prüfen und daneben auf etwa gesteigerte allgemeine Erregbarkeit zu achten. — Nicht beeinflußt durch die Jodbehandlung werden meist

die älteren und festeren Kröpfe, adenomatöse und Kolloidkröpfe. Bei den ganz alten, großen Zysten- und Knotenkröpfen soll man die Jodtherapie erst gar nicht versuchen; sie gehören, falls Behandlung nötig, von vornherein in die Hand des Chirurgen. In anderen jodrefraktären Fällen wird man einen Versuch mit Thyreoidintabletten (0.1 bis 0.5 g, auch mehr pro die) machen. Immer aber werden bei Erwachsenen noch genug Kröpfe übrig bleiben, bei denen jede interne Therapie versagt. Umso wichtiger ist die Behandlung des Kropfes Jugendlicher, die günstigste Aussichten bietet und dadurch auch die Zahl der Kröpfe Erwachsener vermindert.

Die heute bereits in verschiedenen Ländern geübte Kropfprophylaxe mit jodhaltigem Kochsalz oder auch jodhaltigem Trinkwasser sucht nach Möglichkeit die gesamte Bevölkerung zu erfassen. Um Schädigung empfindlicher Personen zu vermeiden, hat man den Jodzusatz äußerst klein gewählt; in der Schweiz gibt man 0.5 g Jodkali auf 100 kg Salz, das sind etwa 50 Millionstel Gramm pro Person und Tag. Diese allgemeine Prophylaxe der gesamten Bevölkerung ist in den Alpenländern sehr segensreich, weil dort mehr noch als der Kropf der mit ihm verwandte Kretinismus zu fürchten ist. In Deutschland, wo der Kretinismus noch kaum beobachtet wird, erübrigt sich im allgemeinen die Kochsalzprophylaxe. Hier ist das Hauptgewicht auf die Schulprophylaxe und die Behandlung aller jugendlichen Kropfträger zu legen. Für die Schulprophylaxe empfiehlt Frey die von Steinlin in St. Gallen eingeführte Methode, nach der die Schulkinder im ersten Jahre 40, im zweiten 12, im dritten nur 8 Dosen von je 1 mg Jodkali erhalten. Diese Dosen sind allerdings wohl zu schwach. — Die Württemberger Schulprophylaxe ist für die Dauer von sieben Jahren (doch immer nur für die Hälfte jedes Schuljahres) wöchentlich 3 mg Jodkali. Lill in Würzburg gibt bis zu 5 mg Jod wöchentlich, bezeichnet aber selbst diese Dosen als unnötig hoch. Marine und Kimball verordnen, wie oben erwähnt, zweimal im Jahre durch je zehn Tage täglich 0.2 g Jodkali. Ernstere Jodschäden wurden auch dabei nicht beobachtet. Verfasser gibt seit eineinhalb Jahren in jeder Schulwoche 1 mg Jodkali und war mit dem Erfolge nur leidlich zufrieden. Man wird also je nach der Gegend und der Bevölkerung in diesen Grenzen die Dosen ausprobieren müssen. — Das Jodmittel wird in kleinen Tabletten, Malzbonbons oder Kügelchen durch den Lehrer regelmäßig verausgabt. Sind die Tabletten zu teuer, so hält man in einer guten Tropfflasche eine 2%ige Jodkalilösung vorrätig, von der die Fürsorgerin oder der Lehrer jedem Kinde einen Tropfen auf ein kleines Zuckerstückchen träufelt; jeder Tropfen enthält 1 mg Jodkali. Die Kinder werden vom Schularzt überwacht, ein- bis zweimal jährlich findet eine Durchuntersuchung der Schulen statt. Zwischendurch wird durch die Fürsorgerin oder den Lehrer öfters nach nervösen Störungen, Herzklopfen usw. Nachfrage gehalten. Von der Jodprophylaxe ausgeschlossen werden kranke und übererregbare Kinder, besonders solche mit nervöser Herzbeschleunigung, ferner alle die, deren Schilddrüse nicht vergrößert ist. Kinder, deren große Schilddrüse sich trotz einer längerdauernden Schulprophylaxe nicht verkleinert, sind durch den Hausarzt gesondert zu behandeln. Außer den Schulen kommen noch für die Prophylaxe in Betracht: Fortbildungsschulen, Seminare, eventuell die Universität, ferner Turn- und Sportgemeinschaften. Auch bei Schwangeren und Neugeborenen ist besonders auf die Schilddrüsenvergrößerung zu achten. (Klin. Wschr. Nr. 21, 1925.)

Die Malariabehandlung der Syphilis des CNS

nach Wagner-Jauregg und Kyrle wurde von Bering an

179 Kranken der Städt. Krankenanstalt in Essen nachgeprüft. Die Übertragung erfolgte mit dem Wiener Stamm durch venöse Injektion von einigen Kubikzentimeter Blut. Sie gelingt stets, wenn nicht Malaria bereits vorliegt. Kupiert wird die Malaria nach acht bis zwölf Anfällen mit einer Chin. bisulf.-Lösung nach Wiener Vorschrift. Die Behandlung darf nur in einer Anstalt erfolgen, Herzkranke sind auszuschließen, ältere Pat. vorher zu digitalisieren. Irgendwelche Schädigungen, Übertragung der Impfmalaria oder spätere Anfälle wurden nicht beobachtet. Kein einziger Liquor blieb unbeeinflußt. Die luetischen Veränderungen des CNS wurden umso günstiger beeinflußt, je frühzeitiger die Malariakur eingeleitet wurde. Die Lumbalpunktion ist bei jedem Luetiker nach Abschluß der spezifischen Behandlung angezeigt, zum mindesten aber in jenen Fällen, die an Kopfschmerzen leiden, oder irgendwelche Lähmungssymptome gezeigt haben oder deren Blut-Wassermann nicht negativ werden will. Bei positivem Liquorbefund ist die Malariakur angezeigt und bietet große Chancen zur Prophylaxe der Metalues. (M. m. W. Nr. 18, 1925.)

Die psychischen Veränderungen bei der Paralysis agitans

bespricht Ostmann (Prov. Heil- und Pflegeanstalt in Schleswig) an der Hand der Literatur und eines genau beobachteten und analysierten Falles. Ursprünglich war man geneigt, die psychischen Störungen bei der Parkinsonschen Krankheit als zufällige Komplikationen zu betrachten, was umso näher lag, als diese Krankheit meist das höhere Alter befällt und Ähnlichkeiten der psychischen Störungen mit denen der Dementia senilis arteriosclerotica nicht selten sind. Nach und nach aber lernte man erkennen, daß ein innerer Zusammenhang zwischen der Paralysis agitans und den seelischen Veränderungen wahrscheinlich ist, wenn auch die anatomische Grundlage der körperlichen und seelischen Störungen vielleicht eine gemeinsame, eben sklerotische, gewisser Hirnanteile sein dürfte. So schreibt Ball, daß er (außer der bekannten psychischen Schwäche, die im Verlaufe der Parkinsonschen Krankheit aufzutreten pflege und als eine Erscheinung des Senium praecox aufzufassen sei) bei der Mehrzahl seiner Kranken psychische Anomalien, häufig aber auch Psychosen, und zwar meist Melancholien mit Sinnestäuschungen und Selbstmordneigung konstatierte. — Ziehen lehrt in seiner Psychiatrie (1911): Die P. a. führe häufig zu einer langsamen Veränderung der psychischen Konstitution. Der Vorstellungs- und Interessenkreis enge sich ein, das Gefühl für Anstand und Sitte nehme zuweilen ab. Die Stimmung sei hypochondrisch gefärbt, die Ideenassoziation arbeite langsam, es mangle an Initiative. Auch krankhafte Eigenwilligkeit und krankhaftes Mißtrauen werden beobachtet. Selten seien ausgesprochene, zur akuten halluzinatorischen Paranoia gehörige Psychosen, häufiger kurze delirante Erregungszustände. — Fürstner meint, daß die psychischen Störungen wohl am häufigsten in einer Labilität der Gemütsstimmung, einem ausgeprägten Mißtrauen gegen die Umgebung, oft in einem geradezu paranoiischen Verhalten ausgesprochen seien, während die Intelligenz intakt bleibe. — König faßt seine Erfahrungen folgendermaßen zusammen: Zur Symptomatologie der P. a. gehöre in sehr vielen Fällen eine abnorme Stimmungslage, meist im Sinne einer hypochondrischen Depression mit Neigung zur Reizbarkeit und Beeinträchtigungsvorstellungen, selten im Sinne einer Euphorie. In manchen Fällen steigern sich diese Stimmungsanomalien bis zur Ausbildung einer echten Psychose entweder hypochondrisch-melancholischen oder paranoiischen Charakters mit einzelnen Sinnestäuschungen und Selbstmordneigung. Als häufige Kombination rein äußerlichen Charakters kommen Dementia senilis, bzw. sub finem vitae auftretende Delirien in Betracht.

Verfasser sucht die psychischen Störungen des Paralysis-agitans-Kranken aus dem Wesen seines Leidens analytisch zu erklären. Der Patient wird durch seine Hilflosigkeit und seine dauernden Beschwerden zunächst verdrießlich, traurig, verstimmt, schließlich melancholisch. Er fällt auf, das Interesse der Umwelt konzentriert sich auf ihn in mehr oder minder verständnisvoller Weise, wodurch er reizbar, mißtrauisch und vielleicht rücksichtslos gegen seine Umgebung wird. Er muß sein ganzes Sinnen und Trachten darauf richten, wie er sich am günstigsten bewege und halte. Das mag seine Aufmerksamkeit von anderen Dingen des äußeren Lebens ablenken und seine Schlußkraft und sein Urteil schwächen. Er kann nicht am Leben der Umgebung teilnehmen und kommt sich in seinen Rechten beeinträchtigt vor. Weit ist es nun nicht mehr zu einer paranoiischen Störung. Der so eingeschränkte Lebensgenuß und die Machtlosigkeit der Therapie gegenüber seinem Leiden führen leicht zu Lebensüberdruß und Selbstmordneigung. — Dieses ganze Krankheitsbild der Psyche ähnelt aber wiederum sehr den psychischen Störungen, die das Senium mit sich bringt. Auch die im Senium häufige Schwächung der Merkfähigkeit fand Verfasser bei einem Falle von P. a. vor. Die psychische Analyse führt also ebenso wie die pathologisch-anatomische Untersuchung dazu, daß eine Ähnlichkeit der beiden Störungen vorliegt und sicherlich fließende Übergänge vorhanden sind. (Interessant wäre eine Analyse der psychischen Störungen beim postenzephalitischen Parkinsonismus, worüber aber noch keine ausführlicheren Publikationen vorliegen. Ref.) (D. m. W. Nr. 19, 1925.)

Trigeminusneuralgie und Spasmophilie.

Findet man bei einer T.-N. Zeichen von Spasmophilie oder Tetanie (Chvostek, Trousseau, Karpopedalspasmen, Schmelzdefekte an den Zähnen o. dgl.), so kann man nach J. Ratner (St. Petersburg) durch Parathyreoidin (Parke, Davis & Co., zwei Tabletten täglich durch ein bis drei Wochen) die Schmerzen und die sie oft begleitenden Angstzustände bald beseitigen. Auch die tetanoiden Symptome gehen zurück und das Allgemeinbefinden bessert sich. Anschließend leistet auch Calc. chlorat. gute Dienste. Es beseitigt namentlich das Chvosteksche Phänomen, das sich gegen Parathyreoidin refraktär verhält.

In der Pathogenese der Tetanie spielt der erhöhte Sympathikustonus eine Rolle (Adrenalinämie). Man findet hiebei echte Schweiß- und Salivationskrisen, die durch Atropin oder Kalzium eher gesteigert werden. Hingegen ist die günstige Wirkung des Pilokarpin bei Tetanie bekannt. Der Sympathikus scheint sekretionshemmende Fasern für die Cerumenbildung im Ohr zu führen. Bei einseitiger Sympathikusparese (Hornersche Trias: Miosis, Enophthalmus und Ptosis) ist die Cerumenbildung im gleichseitigen Ohr herabgesetzt. Auch die Otosklerose kann durch Parathyreoidintherapie durch drei bis vier Wochen gebessert werden, wobei gleichzeitig eine stärkere Cerumenbildung einsetzt. Bei T.-N. wurde gleichseitige Cerumenpfropfbildung beobachtet. (M. m. W. Nr. 15, 1925.)

Chirurgie und Orthopädie.

Appendizitis — Frühdiagnose und Frühoperation.

Nach einem Fortbildungsvortrag von Prof. R. Mühsam (Berlin).

Das Hauptsymptom der akuten Blinddarmentzündung ist und bleibt der Schmerz in der rechten Unterbauchgegend. Bei der wechselnden Lage der Appendix in der Bauchhöhle ist es aber nicht immer der Mc Burneysche oder Kümmelsche Punkt, der als Schmerzgegend angegeben wird,

sondern manchmal ein tieferer, oft ein höherer, manchmal beinahe am Nabel, in anderen Fällen ganz auf der Darmbeinschaufel. Ebenso wichtig wie der spontane Schmerz ist der Druckschmerz und besonders die Bauchdeckenspannung, von welcher namentlich die seitlichen Teile des rechten Musculus rectus unterhalb des Nabels betroffen sind. Zeigt ein Patient — akut erkrankt — spontan und auf Druck Schmerzen in der Ileozökalgegend und eine ausgesprochene Muskelspannung, so ist die Diagnose: Blinddarmentzündung schon in der Mehrzahl der Fälle gesichert. Vielfach finden sich im Anfang der Erkrankung auch Übelkeit, Aufstoßen, belegte Zunge, Obstipation, Blähungen und ein Schlechterwerden des Allgemeinbefindens, kenntlich durch schlechtes Aussehen und schnelles Verfallen. Die Temperatur steigt meist erst nach einiger Dauer allmählich an. Schüttelfrost in den ersten 24 Stunden nach Beginn der Erkrankung deutet auf ein schweres Krankheitsbild hin. Wichtiger und kennzeichnender als die Temperatur ist der Puls; auffallende Beschleunigung (selten auffallende Verlangsamung bei Bauchfellreizung) weist auf einen ernsten, schweren Anfall hin. Beim Manne ist immer auch per rectum zu untersuchen, wobei man oft die rechte oder auch die vordere Mastdarmwand druckempfindlich findet. Bei Frauen ist natürlich die vaginale Untersuchung nicht zu unterlassen; liegt der Schmerzpunkt ziemlich hoch oben und sind die rechten Adnexe weder verdickt noch schmerzhaft, so kann man eine Erkrankung dieser Organe ausschließen; dagegen spricht Schmerzhaftigkeit neben dem Uterus und fühlbare Resistenz daselbst für eine gynäkologische Erkrankung. Ist die Bewegung der Portio beim Anstoßen des Zeigefingers empfindlich, so deutet dies auf ein Befallensein des Genitalapparates. — Nur gelegentlich, besonders bei schlaffen Bauchdecken, kann man den Wurmfortsatz als druckempfindliche Walze in der Ileozökalgegend palpieren. Dämpfung in der Ileozökalgegend fehlt oft unter den Frühsymptomen. Erst wenn nach einigen Stunden ein mehr oder minder großes Exsudat sich um die Appendix gebildet hat, ist sie zu finden. Gelegentlich wird aber eine Dämpfung vorgetäuscht durch flüssigen Inhalt im Zökum, welcher bei der beginnenden Darmlähmung nicht mehr weiter befördert wird; im Zusammenhang damit steht bisweilen ein örtlicher Meteorismus.

D i f f e r e n t i a l d i a g n o s e. Basale P n e u m o n i e verursacht manchmal durch Zwerchfellreizung Bauchdeckenspannung und Schmerzen in der rechten Bauchseite, jedoch nur in den oberen Abschnitten. Lungenuntersuchung schützt vor solchem diagnostischen Irrtum. — N i e r e n s t e i n k o l i k ruft neben dem lokalen Schmerz ausstrahlende Schmerzen zum Orificium urethrae hervor; die Urinuntersuchung ergibt Anwesenheit von roten Blutkörperchen. Das Aussehen dieser Kranken ist nicht wie bei der Blinddarmentzündung „peritoneal". — Vor Verwechslung mit P y o s a l p i n x und T u b a r g r a v i d i t ä t schützt die gynäkologische Untersuchung, eventuell die Probepunktion vom Douglas aus, wenn hier eine Vorwölbung besteht. — Bei E r k r a n k u n g e n d e r G a l l e n b l a s e sitzt der Schmerz höher und strahlt gegen die rechte Schulter aus. — Entscheidende Anzeichen bleiben somit: Aussehen des Kranken, Verhalten von Puls zur Temperatur, Erbrechen, Schmerzen, Bauchdeckenspannung und Meteorismus. Die Leukozytenvermehrung hat für die Frühdiagnose geringere Bedeutung, da sie erstens auch bei anderen Erkrankungen vorkommt und zweitens erst bei wiederholter vergleichender Untersuchung sicheren Aufschluß gibt, wodurch aber kostbare Zeit verloren geht.

W a n n s o l l o p e r i e r t w e r d e n? Leichte e r s t e Anfälle können auch ohne Operation ausheilen und sind im allgemeinen abwartend zu behandeln. Wenn aber auch nur e i n e s der Symptome in ausgesprochener Stärke vorhanden ist, namentlich wenn das Aussehen des

Kranken schlecht wird, oder wenn stärkere Schmerzen oder Bauchdeckenspannung oder Erbrechen vorliegen, ist am besten sofort zu operieren. Beim zweiten Anfall ist überhaupt immer so früh als möglich zu operieren. Die Vorteile der Frühoperation (bis zu 48 Stunden nach Beginn der Erkrankung) liegen darin, daß wir das kranke und krankmachende Organ ausschalten, ehe es zur Bauchfellentzündung führt, und daß wir die Bauchhöhle primär schließen, also das Krankenlager erheblich abkürzen können. Schließlich ist von Bedeutung, daß durch die Operation die Gefahr einer neuen Attacke entfällt.

Die Operation selbst führt Verfasser mit rechtsseitigem Flankenschnitt aus. Nach Aufsuchung des Wurmfortsatzes ist dieser zart von seinen etwaigen Verwachsungen zu lösen (damit die Wand nicht einreißt und sich der infizierte Inhalt nicht in die Bauchhöhle ergießt) und dann in typischer Weise zu entfernen und der Stumpf zu vernähen. Ist die Entzündung auf die Appendix beschränkt oder findet sich nur klare oder wenig getrübte Flüssigkeit in ihrer Umgebung, so kann man die Bauchhöhle primär schließen. Bei völlig trüber oder eitriger Flüssigkeit in der Umgebung des Wurmfortsatzes, aber anscheinend noch freier Bauchhöhle wird ein Streifen oder eine Schürze zur Absaugung eingelegt. Diese wird schon nach wenigen Tagen entfernt und die Wunde mit einem Salbenlappen bedeckt. Sie heilt dann schnell ganz zu. Findet sich dagegen Eiter in der freien Bauchhöhle, so wird ein dickes Glas- oder Zelluloiddrain ins Becken eingeführt und mit einem Gazestreifen lose ausgefüllt, welcher täglich ein- bis zweimal gewechselt wird. Nach Nachlassen der anfangs starken Absonderung wird das Drain durch immer kürzere und dünnere ersetzt und endlich ganz fortgelassen. Um die Ansammlung des Eiters in der unteren Leibeshälfte, insbesondere im Becken, wo er unschädlich ist, zu fördern, wird der Kranke in Beckentieflage (Fowlersche Lage) gebracht. Kommt es zu einem Douglasabszeß, so kann er leicht von unten her eröffnet werden.

Bei der Nachbehandlung ist großer Wert auf möglichst rasche Anregung der Peristaltik zu legen. In dieser Hinsicht sind die Tropfklistiere nach Katzenstein, die Anwendung des Lichtbügels zur Wärmeerzeugung, Glyzerinspritzen sowie Injektion von Physostigmin, Pituglandol und Neohormonal empfehlenswert. Noch am Tage der Operation injiziert man ein- bis zweimal 7 mg Physostigmin, wonach die Blähungen schon anfangen abzugehen. Ist dies nicht der Fall, so folgen Gaben von Pituglandol und Neohormonal. In der weiteren Nachbehandlung muß man auf Sekundärabszesse achten. Der leicht zu eröffnete Douglasabszeß wurde schon erwähnt. Schwerer zu finden und zu beseitigen sind intraperitoneal gelegene und besonders auch subphrenische Eiterungen. Je früher aber eine akute Appendizitis zur Operation kommt, desto geringer ist die Gefahr derartiger Komplikationen und desto häufiger wird man den Entzündungsprozeß auf den Wurmfortsatz oder seine nächste Umgebung beschränkt finden und die Erkrankung mit einem Schlage heilen können. (D. m. W. Nr. 21, 1925.)

Einrichtung von Knochenbrüchen in örtlicher Betäubung.

Frostell (Stockholm) tritt auf Grund eigener reicher Erfahrung sehr für die häufigere Anwendung von Lokalanästhesie bei der Behandlung von Knochenbrüchen und Verrenkungen an den Gliedmaßen ein. Die Allgemeinnarkose kann oft hiedurch entbehrt werden, was einen nicht zu unterschätzenden Vorteil bedeutet, und die Schmerzfreiheit sowie die Muskelentspannung lassen sich in gleicher Weise erzielen. Verfasser verwendet 1%ige Novokainlösung, von der er 3 bis zu 20 cm^3 in den Knochenbruchspalt, bzw. in das Gelenk einspritzt. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 24, 1925.)

Die Behandlung der Kieferklemme

(Ankylosis mandibulae) bespricht Th. Port (Waiblingen). Häufig ist die entzündliche K. bei Zahnerkrankungen besonders der unteren Molaren, wenn eine Periodontitis auf die Markräume und das Kieferperiost übergegriffen hat; ferner beim sogenannten erschwerten Durchbruch des Weisheitszahnes, bei Stomatitis ulcerosa, Tonsillitis, Gaumenabszessen und Parotitis durch Übergreifen der Entzündung auf die Kiefermuskeln. Die K. wird durch die Mandibularanästhesie oft deutlicher verringert als selbst durch tiefe Narkose. Eine Zahnextraktion gelingt meist mit Hilfe des Lécluseschen Hebels und in Lokalanästhesie. Ist der Molar nach rückwärts luxiert, so läßt die K. meist nach, so daß der Mund so weit geöffnet werden kann, als zur Vollendung der Extraktion erforderlich ist. Ist der Eiter bereits unter das Kieferperiost getreten, so empfiehlt es sich stets, demselben zunächst durch eine Inzision Abfluß zu verschaffen, worauf die K. in einigen Tagen zurückgeht und die Extraktion erleichtert. Sollte trotz Extraktion, z. B. zufolge Sequesterbildung die K. nicht nachgeben und chronisch zu werden drohen, so muß mit dem Königschen oder Heisterschen Mundsperrer mehrmals täglich passiv dilatiert werden.

Bei myogener K. infolge tonischer Krämpfe (Tetanus, Trichinose, Epilepsie, Hysterie, Bulbärparalyse, Tetanie usw.) oder Myositis (entzündliche Myositis, Myositis ossificans progr., Lues III) Behandlung des Grundleidens, Dehnungen mit dem Heister, eventuell Ablösung des Masseter und Pterygoideus an der Insertionsstelle und Heilenlassen bei geöffnetem Munde.

Bei narbiger K. (nach ulzeröser Stomatitis, Lues, Typhus, Noma, Verletzungen, Verbrennungen) Meloplastik: plastischer Ersatz der Wange durch Einnähen eines die ganze Dicke der Wange durchsetzenden Lappens in die Narbe.

Bei arthrogener K. (akutem Gelenkrheumatismus, Gonorrhoe, eitrigen Verletzungen, akuten Infektionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Typhus, Pyämie usw.) gleichfalls vorsichtige Dilatation mit Heister oder Holzkeil, eventuell Operation. (M. m. W. Nr. 19, 1925.)

Kombinationstherapie

nach Prof. Fritz Mayer (Berlin).

Pneumokokkeninfektionen. Sofort 50 bis 100 cm³ Serum Höchst (Typus I und II) venös und Optochin. bas. in Pillen à 0.01 durch vier Tage zweistündlich (bei Ohrensausen oder Flimmern sofort aussetzen; bei Bewußtlosigkeit oder Meningitis Optochin mur. 0.1:100 in Alkohol und Kampferöl gelöst subkutan, oder in NaCl venös oder 1:500 lumbal). Ergibt der Tierversuch Typus I und II der Pneumokokken, so wird die Serumtherapie fortgesetzt (täglich 100 cm³ muskulär). Überraschende Erfolge selbst bei Pneumokokkenmeningitis und schwersten septischen Pneumonien.

Streptokokkeninfektionen. Bakteriologischer Nachweis des Erregers. Frühzeitig an drei bis vier Tagen hintereinander je 50 cm³ Serum venös und muskulär, nach Entfieberung nur muskulär. Gesamtserummenge mindestens 200 cm³. Im Anschluß an jede Seruminfusion 100 bis 150 cm³ 1‰ Rivanol venös. Bei Oppressions- oder Schwächezuständen Morphium-Koffein. Man kann das Serum auch mit Eucupin. basicum per os kombinieren, zweistündlich eine Pille à 0.05, bis Patient insgesamt 2.0 g erhalten hat; bei Ohrensausen, Flimmern oder Taubheit sofort aussetzen.

Nebenwirkungen. Die intensive Serumbehandlung führt in 30% nach fünf bis zwölf Tagen zu einer Serumkrankheit (Exanthem, Albu-

minurie, Gelenkschmerzen), gegen welche man täglich 10 cm^3 einer 10%igen Bromkalziumlösung (am besten Brocal-Silbe, das keine Nekrosen und keine Oppressionszustände verursacht) venös injiziert. Symptomatisch Mentholspiritus und Puder. (Die Ther. d. Gegenw., H. 4, 1925.)

Kontrakter Plattfuß — Novokaininjektion.

Bei muskulär kontraktem Plattfuß gelingt es nach Dozent G. Engelmann (Wien) häufig ohne Redressement durch muskuläre Injektionen von je 10 cm^3 einer 0.2%igen Eukain-β- oder einer 0.5%igen Novokainlösung in den sich spannenden Bauch der Peronei, des M. extensor digitorum communis und eventuell auch des Tibialis anticus in wenigen Minuten völlige Entspannung, Schmerzfreiheit und gute Beweglichkeit zu erzielen, welcher Erfolg in zahlreichen Fällen dauernd anhält (eventuell Wiederholung). (W. m. W. Nr. 12, 1925.)

Die ambulante Injektion von 20 bis 30 cm^3 0.5% Novokainlösung in die Muskelbäuche der Peronei, Extensoren und eventuell des Tibialis ant. beim spastisch fixierten Plattfuß nach Engelmann erwies sich nach H. Jordan an der Heidelberger Orthopäd. Univ.-Klinik als sehr erfolgreich. Beim kontrakten Plattfuß ist zum mindesten die Supination, oft auch die Plantarflexion eingeschränkt oder aufgehoben. Nach einer bis höchstens zwei Injektionen lockern sich die Spasmen, die Schmerzen schwinden und der Fuß ermöglicht den richtigen Abguß einer Einlage. Fußübungen im Heißluftkasten durch 20 bis 30 Minuten nach jeder Injektion erhöhen ihre Wirkung wesentlich. Selbst seit Jahren muskulär fixierte Füße auch mit arthritischen Veränderungen werden gelockert und oft anhaltend schmerzfrei. (M. m. W. Nr. 18, 1925.)

Was muß der praktische Arzt von der Krüppelfürsorge wissen?

Von Geh. Hofrat Prof. F. Lange (Orthopäd. Klinik, München).

Der Klumpfuß ist die häufigste unter den angeborenen Mißbildungen und entsteht meist infolge von Fruchtwassermangel, der zur Einklemmung des Füßchens zwischen dem Körper des Kindes und der Uteruswand geführt hat. Das Redressement erfolgt möglichst frühzeitig, am besten im zweiten bis dritten Lebensmonat. Der Unterschenkel wird in Narkose in einen gepolsterten Schraubstock (Redresseur) gespannt und innerhalb 15 bis 30 Minuten durch Schraubenzüge sehr schonend und allmählich geradegebogen. (Beim manuellen Redressement kommt es leicht zu supramalleolären Frakturen und resultieren weniger schöne Fußformen.) Das Redressement muß eventuell zwei- bis dreimal wiederholt werden. Anschließend jedesmal Gipsverband, im ganzen durch 2—4 Monate. Hierauf muß noch durch ein bis mehrere Jahre nachts eine korrigierende Schiene und tags eine redressierende Einlage benützt werden, um Rückfälle zu vermeiden. Redressement in späteren Jahren ergibt weniger gute Resultate.

Die Diagnose der angeborenen Hüftgelenkverrenkung ist meist erst möglich, wenn die Kinder zu gehen anfangen. Der Kopf verschiebt sich nach oben und führt zum watschelnden „Entengang". Die Differentialdiagnose gegenüber der rachitischen Schenkelhalsverbiegung (Coxa vara) ist meist nur röntgenologisch möglich. Die Frühdiagnose sichert den Erfolg. Die unblutige Heilung (über 90%) gelingt bei der einseitigen Luxation höchstens bis zum sechsten, bei der doppelseitigen bis zum vierten Lebensjahr; später ist nur durch die subtrochantere Osteotomie erhebliche Besserung zu erzielen. Im zweiten bis dritten Lebensjahr gelingt die unblutige Einrenkung meist spielend leicht; um aber einen

völlig normalen Gang zu erzielen, muß eine fünfmonatliche Gipsbehandlung und noch zwei Jahre lang eine sorgfältige Nachbehandlung mit Bandagen und Übungen folgen.

Der Schiefhals kann angeboren sein oder sich erst nach einer schweren Geburt, die zur Zerrung des Kopfnickers geführt hat, entwickeln. Denkt man an diese Möglichkeit und erkennt das Leiden in den ersten sechs Monaten, so kann man die schiefe Kopfhaltung durch entsprechende Lagerung im Gipsbett korrigieren. Später ist meist nur durch die Operation volle Heilung möglich: Der Kopfnicker wird am besten am Warzenfortsatz durchschnitten (hier keine häßlichen Narben) und der Kopf überkorrigiert durch sechs Wochen eingegipst. Anschließend ein Jahr lang Nachtapparat und Übungen.

Rachitische Verkrümmungen entstehen durch unrichtige Lagerung oder Haltung der Säuglinge. Fast alle Großstadtkinder zeigen Zeichen von Rachitis. Frühzeitiges Sitzen der Kinder im Bette führt zur Kyphose, die bei frühzeitigem Gehen oder Stehen durch Lordose der Lendenwirbelsäule wieder ausgeglichen wird, sich hingegen bei späterem Gehbeginn dauernd versteift und die Entwicklung des Brustkorbs, des Herzens und der Lunge beeinträchtigt. Das freie Sitzen im Bett ist somit unbedingt zu verbieten und statt dessen häufige Bauchlage zu empfehlen. Hiebei bäumt sich das spielende Kind auf und übt dadurch die Rückenstrecker. — Die Skoliosen entstehen nur durch die verbreitete Unsitte, die Kinder am Arm zu tragen. In Japan gibt es keine Skoliosen, da dort die Mütter ihre Kinder am Rücken tragen. Wenn schon die Mutter durchaus glaubt, ihr Kind im Liegen nicht beruhigen zu können, so sollte sie es wenigstens genau abwechselnd auf beiden Armen tragen. Dann kann die eine Dummheit durch die andere gutgemacht werden. — Ausgesprochene Wirbelsäulenverbiegungen im ersten bis zweiten Lebensjahr sind durch korrigierende Liegeschalen zu beseitigen.

Die im zweiten Lebensjahr auftretenden rachitischen O-Beine sind von den angeborenen Crura vara zu unterscheiden, die sich ohne Behandlung im ersten Jahr strecken und auf eine Anpassung der Beine an die eiförmige Gestalt des Uterus zurückzuführen sind. Auch bei ersteren genügt die konservative Therapie (P-Lebertran, Quarzsonne, Salzbäder), wenn die Umrißzeichnung der Beine nach acht Wochen eine Besserung ergibt. (Lagerung des Kindes auf einem Bogen Papier mit genau nach vorne stehenden Kniescheiben, Umrißzeichnung mit senkrecht gehaltenem Bleistift.) Andernfalls frühzeitig Redressement in kurzer Narkose, sechs Wochen Gipsverband und noch sechs Monate Schienen. Schon im vierten Lebensjahr nur mehr blutige Osteotomie, die aber selbst schwerste Korkzieherbeine, wenn auch unter Gefährdung des Kindes, beseitigt.

Im vierten bis fünften Jahr entstehen meist keine O-Beine mehr, dafür aber X-Beine, die man im Beginn nur dann erkennt, wenn man die Beine so dreht, daß die Kniescheiben genau nach vorne sehen. Bei Überbelastung der Beine entwickelt sich zuerst ein Knickfuß. Dadurch wird die Unterstützungsfläche des Beines nach außen verlegt und das Kniegelenk durch die Körperbelastung in die X-Beinstellung gedrängt. Im Beginn ist daher durch eine richtige „Plattfußeinlage" der Knickfuß zu beseitigen, dann folgt das Knie dieser Fußkorrektur und das X-Bein schwindet unter gleichzeitigen aktiven und passiven Beinübungen. Bei schweren X-Beinen ergibt noch die Osteotomie schöne Resultate.

Die Sitzschäden in der Schule (Kyphosen, Skoliosen) sind zum Teil noch auf die Säuglingszeit zurückzuführen, zum Teil erst in der Schule erworben und dann meist nur geringgradig. Bei gleichzeitiger Rachitis tarda können aber auch hochgradige Verbiegungen entstehen. Be

Kyphose genügt meist konsequente Gymnastik in Schule und Haus (Hängen, Händeziehen, passives Schulterziehen nach hinten, Atemübungen); nur manchmal sind Geradhalter erforderlich. Wesentlich schwieriger und langwieriger ist die Behandlung der Skoliosen, deren Prognose stets ungewiß ist. Regelmäßige Kontrolle durch lebensgroße Zeichnungen mittels Zeichenapparates oder einen tüchtigen Schneider ist zweckmäßig, der beim Zuschneiden des Stoffes merkt, ob die Rückenform schlechter geworden ist. Letzterenfalls zwei bis vier Wochen Klinik zur Einleitung einer Behandlung mit Liegebrett und Übungen, die daheim fortgeführt werden kann. Notfalls durch Facharzt orthopädisches Korsett oder Liegeapparat für die Nacht. Bereits versteifte Skoliosen sind unheilbar, jedoch noch durch Gegenbiegungen in den nicht versteiften Wirbelsäulenpartien zu verbessern.

Die akute Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior acuta) wird meist erst erkannt, wenn es sich zeigt, daß das Kind nach Abklingen des hohen Fiebers, der Delirien und Bewußtlosigkeit die Beine oder Arme nicht mehr bewegen kann. Im akuten Stadium (Schutz der übrigen Kinder vor der Infektion!) können die Schmerzen durch Ruhigstellung des entzündeten Rückenmarks im Gipsbette sofort beseitigt werden. Die zunächst oft ausgedehnten Lähmungen bilden sich namentlich unter Diathermiebehandlung des Rückenmarks innerhalb eines Jahres meist weitgehend zurück. Orthopädisch ist vor allem das Entstehen von Kontrakturen, Schlottergelenken, Spitz- oder Klumpfüßen zu verhüten. Selbst bei Lähmung beider Beine gelingt es durch Apparate die Kinder zum Gehen zu bringen. Gleichzeitig wird eine Übungsbehandlung der geschwächten Muskeln eingeleitet. Nach ein- bis zweimonatlichem Aufenthalt in der Anstalt kann die Behandlung zu Hause fortgesetzt werden. Erst nach einem Jahr kann man sagen, welche Muskeln voraussichtlich dauernd gelähmt bleiben. Nur wenige Kinder werden wieder ganz gesund. Sind nur wenige, wichtige Muskeln gelähmt, so können durch Sehnenverpflanzungen und mehrjährige Nachbehandlung mit Apparaten oft noch erstaunliche Erfolge erzielt werden. Künstliche Gelenksversteifungen (Arthrodesen) sind bei Kindern meist nur im Schulter- und Fußgelenk zweckmäßig. Durch bogenförmige Osteotomie des Kalkaneus und Verpflanzung der Peronei auf die Achillessehne wird z. B. der paralytische Hakenfuß beseitigt, desgleichen durch Tenotomie und Sehnenverpflanzung der Spitzfuß. Die Rumpfmuskeln werden zur Bewegung der Extremitäten herangezogen. Die Sakrospinalplastik ersetzt die gelähmte Glutäalmuskulatur. Durch Beseitigung von Kontrakturen können selbst Handgänger zum Gehen gebracht werden. Die Arthrodese des Schultergelenks in rechtwinkliger Abduktion ermöglicht die Armhebung bis zur Horizontalen durch die Schulterblattmuskulatur (Serratus ant.); der nun überflüssige Pectoralis major wird abgelöst, durch eine seidene Sehne verlängert und mit der Ulna verbunden und beugt nun aktiv das Ellenbogengelenk u. dgl.

Knochen- und Gelenktbc. Die Frühdiagnose ist oft schwierig. Ein Kind mit beginnender Kniegelenktbc. z. B. klagt zunächst, oft nach einem Trauma, nur zeitweise über Schmerzen beim Gehen, die aber immer nur auf einer Seite auftreten (daher keine „Wachstumsschmerzen"). Man findet eventuell nur eine ganz leichte Schwellung und Bewegungseinschränkung bei Vergleich mit der gesunden Seite. Unter Bettruhe und Prießnitz schwinden die Beschwerden vorübergehend, um aber bei Bewegung bald wieder aufzutreten. Die Tuberkulinreaktion kann nur Tbc. ausschließen, wenn sie wiederholt negativ ausfällt; positive Reaktion ist noch kein Beweis für Tbc. Auch die Herdreaktion ist nicht zuverlässig, da sie auch bei nichttbc. Prozessen auftreten kann. Der Röntgenbefund ist meist noch

negativ. Das einzige diagnostisch sichere Mittel in diesem Stadium ist die Punktion des Gelenks und der Meerschweinchenversuch, der in sechs Wochen Klarheit bringt. Die moderne Heliotherapie darf nicht so aufgefaßt werden, daß man den Eltern den Rat erteilt: „Legen Sie Ihr Kind an die Sonne!“ Damit kann man namentlich bei einer akuten Gelenktbc. direkt schaden. Die Hauptsache ist die frische Luft auch nachts und der Gipsgehverband zur Ruhigstellung und Entlastung des Gelenks. Damit erzielt man in Frühstadien völlige Heilung in vier bis sechs Monaten. Bei weitgehender Zerstörung kann man immer noch in 80% Heilung, wenn auch ohne Beweglichkeit erreichen. Bei schwerer Beugekontraktur kann man wenigstens nachträglich durch suprakondyläre Osteotomie ein gerades Bein schaffen.

Bei Bauch- oder Brustschmerzen eines Kindes ohne objektiven Befund sollte stets auch an Spondylitis tbc. gedacht werden. Hier zeigt das Röntgenbild oft schon frühzeitig einen Abszeßschatten, der die Diagnose sichert. Die namentlich nachts oft starken Schmerzen (nächtliches Aufschreien!) werden durch das Lorenzsche Gipsbett rasch beseitigt und in frischer Luft kann das Kind bald aufblühen. Vorzeitiges Aufstehen, zumal ohne Korsett führt aber bald zur Rezidive. Selbst im Korsett wird die Rückenform häufig von Jahr zu Jahr schlechter. Dann ist es am besten, die eingebrochene Wirbelsäule durch zwei an den Dornfortsätzen festgenähte Zelluloidstäbe zu stützen, die glatt einheilen und den Heilungsprozeß wesentlich fördern. (Bisher 50 Fälle. — S. „Ars Medici“ 1924, S. 491.) (M. m. W. Nr. 17 und 18, 1925.)

Zur Behandlung des akuten Pleuraempyems.

Von W. Graf (Assist. d. chir. Abtlg. Prof. Heller, St. Georgs-Krankenhaus, Leipzig).

Die physiologische Empyembehandlung hat das Grundleiden und die eventuellen Spätfolgen (Obliteration, Emphysem, Bronchiektasie) zu berücksichtigen. Die üblichen Druckdifferenzverfahren (Überdruck, Unterdruck) widersprechen dem Prinzip der Schonung der entzündlich erkrankten Lunge. Die einfache Punktion mit und ohne Spülungen hat sich ebensowenig bewährt wie die Bülausche Heberdrainage, vor allem wegen der Gefahr der Brustwandphlegmone. Namentlich darf man die erste Eiterentleerung weder durch Saugen noch durch Heberwirkung zu beschleunigen versuchen, sondern muß es vielmehr dem spontanen Wiederausdehnungsbestreben der komprimierten Lunge überlassen, gerade soviel Eiter auszutreiben, wie zum Ausgleich der Mediastinalverdrängung erforderlich ist. Dem entspricht folgende Technik und Modifikation des Iselinschen Verfahrens: Resektion eines 5 bis 7 cm langen Rippenstücks hinten lateral. Teilweise Naht der Operationswunde zum Schutz gegen den Eiter bis auf eine Lücke, durch die dichtschließend ein weicher 1.30 m langer und ½ bis 1 cm weiter Schlauch eingeführt wird, dessen anderes Ende in eine Kognakflasche taucht, die ebenso wie der Schlauch völlig mit Rivanollösung 1 : 2000 angefüllt ist und in einem großen Uringlas steht. Das 5 bis 6 cm tief einzuführende Schlauchende (Fadenmarke) ist zunächst mit einer Arterienklemme abgeklemmt und mit Jodoformgaze umwickelt. Die Resektion erfolgt am besten am sitzenden Kranken (Lokalanästhesie), womöglich mit herabhängendem Arm, damit nicht später durch Weichteilverschiebung das Schlauchende abgeknickt wird. Kleine Stichinzision der Pleura costalis. Einführen einer dünnen, stumpfen Punktionsnadel um zu sehen, ob die Empyemhöhle an dieser Stelle genügend tief ist, Einführen des Schlauches bis einige Zentimeter oberhalb des Bodensatzes der Eiterhöhle. Die

Flasche steht in gleicher Höhe mit der Drainagestelle. Es fließt nur soviel Eiter ab, als dem Höhertreten des Zwechfells entspricht. Der Schlauch wird so an der Haut befestigt (Faden), daß er beim Niederlegen des Kranken nicht abgeknickt werden kann. Die aus der Flasche ins Uringlas überlaufende Flüssigkeitsmenge entspricht genau dem Volumen des abfließenden Eiters. Bei etwaiger Verstopfung des Schlauches ganz geringes Heben und Senken des Drainagesystems. Erst nach Verlangsamung des Eiterstroms mäßiges Tieferstellen (etwa ½ m) des Gefäßes zur Überwindung der Reibungswiderstände in der Schlauchleitung. Vor Ablauf der ersten zwölf Stunden ist die Hauptmasse des flüssigen Eiters entleert. Die restlose Entleerung (durch Spülungen, Heberwirkung usw.) wird nicht erzwungen, da sie physiologisch erst nach Abklingen der Entzündungssymptome und völliger Wiederausdehnung der Lunge erfolgen kann. Die Hauptaufgabe ist bisher das Verhüten des Pneumothrorax. Erst nach zwei Tagen sind die Pleurablätter soweit miteinander verklebt, daß bei Entfernung des Schlauches und Beseitigung des Resteiters kein Pneu mehr entstehen kann, auch wenn die Drainageöffnung zur Entfernung des groben Bodensatzes etwas erweitert werden muß. Die restierende kleine Basalhöhle heilt durch fortgesetzte Drainage mit beliebig häufigem Heben und Senken des Gefäßes meist rasch zu. In fünf bis sieben Tagen kann der Schlauch entfernt werden. Doch ist forcierte Saug- und Druckwirkung auch jetzt noch zu vermeiden. Im Granulationsstadium ist die Injektion von steigend 5 bis 20 cm³ Jodoformglyzerin in die Resthöhle zweckmäßig. Bei Fisteleiterungen bewährt sich häufig 2 bis 5% Dakinlösung; schließlich Spülungen mit phys. NaCl-Lösung und Einlegen eines 3 cm langen Drainstückes für einige Tage. Gelingt es damit nicht, die Fistel in etwa einer Woche zum Verschluß zu bringen, so ist wahrscheinlich ein Sequester, eine abgesackte Höhle, eine Lungenfistel o. dgl. die Ursache, die operativ entfernt werden muß. Gesamtbehandlungsdauer 12 bis 28 Tage. (M. m. W. Nr. 14, 1925.)

Sepsisbehandlung mit Milchinjektionen.

Willerding erzielte bei abdominaler Sepsis und anderen schweren Sepsisformen, welche den verschiedenartigsten Mitteln, wie Terpichin, Yatren-Kasein, Elektrokollargol, Antistreptokokkenserum, Argochrom, Fulmargin usw. getrotzt hatten, mit ein bis drei glutäalen Injektionen steriler Kuhmilch (je 10 cm³), alle zwei bis drei Tage wiederholt (eventuell später nur zu 5 und 3 cm³), Heilungen. Je größer die Allgemeinreaktion (Fieber, Schüttelfrost), desto größer der Erfolg, desto besser die Prognose. Anaphylaxie wurde nie beobachtet. Indikationen sind bei vorsichtiger Auswahl und genauer Kontrolle: Schwere Parametritis, Furunkulose, chronisch-septische Erysipele. Kontraindiziert ist die Milchtherapie bei foudroyanter Sepsis und eitrigen Prozessen, die inzidiert werden müssen. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 19, 1925.)

Varizenbehandlung mit Traubenzuckerlösung, bzw. Attritin.

Remenovsky und Kantor (Poliklinik Wien) erzielten mit dieser Methode in 27 von 30 Fällen Dauererfolge. Sie verwendeten eine 50%ige Traubenzuckerlösung, und zwar in Form des „Osmon-Phiag“ (Pharmaz. Industrie A.-G., Wien), welches gebrauchsfertig in 10 cm³-Ampullen geliefert wird. Die Vene wird mit Daumen und Zeigefinger komprimiert und einige Zentimeter unterhalb der Kompressionsstelle werden 5 cm³, bei schwächer reagierenden Fällen auch 10 cm³ in die Vene injiziert. Die Vene bleibt nach der Einspritzung zwei bis drei Minuten komprimiert. Die Verödung der Venen kommt durch Intimaläsion, Ausbildung eines entzündlichen

Ausscheidungsthrombus und Organisation dieses Thrombus zustande. Vor den anderen bisher zu derartigen Einspritzungen verwendeten Substanzen (insbesondere Sublimatlösung) hat das Osmon den Vorteil absoluter Ungiftigkeit und Gefahrlosigkeit. Die entzündliche Reaktion tritt langsamer auf als nach Sublimat, erreicht aber, da vom Osmon 5 bis 10 cm^3, vom Sublimat (1%ige Lösung) nur 1 cm^3 eingespritzt werden darf, eine größere Ausdehnung und Intensität, was für den Dauererfolg von Bedeutung ist. Eine Emboliegefahr besteht bei der langsamen Entwicklung des Thrombus nicht. (W. kl. W. Nr. 20, 1925.)

Grzywa (Batavia) verwendete statt der verschiedenen zur Verödung der Varizen angegebenen Mittel das Attritin (Natr. salicyl. 8, Coffein. natr.-salicyl. 2, Aqu. 50; Ampullen zu 7 cm^3) und konnte bei gleicherTechnik wie die übrigen Autoren mit der Dosis von 1 bis 5 cm^3 dieselben guten Erfolge der Venenverödung erzielen, ohne den Kranken ans Bett zu fesseln oder irgendwie zu schädigen. Er hebt besonders die Harmlosigkeit des Mittels hervor. (Die endothelschädigende Wirkung hochprozentiger Injektionen von Natr. salicyl., z. B. bei Psoriasis, ist bekannt. — Ref.). (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 19, 1925.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Zur Abkürzung der Eröffnungsperiode

bei abnorm langer Dauer derselben empfiehlt Dozent B. Aschner (Wien) unter sorgfältiger Asepsis die vorsichtige manuelle Dehnung des äußern Muttermundes ohne jeden Kraftaufwand mit zunächst ein bis zwei, dann drei bis vier bis fünf Fingern einer Hand als das Schonendste und Wirksamste. Blutung darf dabei nicht auftreten! Die Weichteilschwierigkeiten werden gegenüber jenen von seiten des kleinen Beckens häufig unterschätzt; nicht das enge Becken, sondern die Weichteilsrigidität ist die häufigste Ursache protrahierter Geburten. Dauert z. B. eine solche drei Tage statt 24 Stunden, so vergehen davon zweieinhalb Tage, bis der Muttermund verstrichen ist und die Passage des Beckens ist dann in wenigen Stunden beendet. Ist die Zervix bereits verstrichen und der Muttermund für ein bis zwei Finger durchgängig, so gelingt die Dehnung oft spielend leicht und kann die Geburt um Tage abkürzen und so Komplikationen vermeiden. Damit wird auch der schmerzhafteste Teil der Geburt auf wenige Stunden reduziert und unter Pituitrin im langsamen und protrahierten Ätherrausch (Patientin dabei sprechen lassen) spontan beendet. (Wiener Seminarabend, März 1925.)

Die chronische Gonorrhoe der Frau

wird im Krankenhaus Königsberg (Prof. Benthin) nach einem Berichte von H. Sachs folgendermaßen behandelt: Es handelt sich meist um chronische Formen, die Patientinnen suchen wegen einer Aszension der Erreger das Krankenhaus auf. Nach Abklingen der etwa vorhandenen akuten Entzündungsprozesse am Beckenbauchfell, den Adnexen oder Parametrien erhalten sie intravenöse Injektionen von Gonokokkenfrischvakzine bei gleichzeitiger Lokalbehandlung von Urethra und Zervix. Daneben wird die resorbierende Behandlung von Entzündungen der Gebärmutteranhänge fortgesetzt.

Die Vakzine wird im Hygiene-Institut der Universität hergestellt und kann in jedem bakteriologischen Laboratorium erzeugt werden. Es handelt sich um eine polyvalente, aus sechs bis acht Stämmen von akuten Gonorrhoefällen gemischte Vakzine. Die 12 bis 14 Stunden alten Kulturen

werden von Aszitesagar schräg abgeschwemmt und dann durch einstündiges Verweilen in einer Temperatur von 60° abgetötet. Durch Auszählen in der Zählkammer wird eine Verdünnung von 100 Millionen Keimen pro Kubikzentimeter hergestellt und 0.5% Karbolsäure zugesetzt. Nur bei Arteriosklerose (die naturgemäß bei Gonorrhoe selten in Betracht kommt) könnte der Karbolzusatz durch Intimaschädigung ungünstigen Einfluß ausüben; sonst wird durch diese Vakzine keinerlei Schädigung gesetzt. Die Vakzine darf nur vier Wochen lang nach der Herstellung benützt werden. Die Kranken erhalten wöchentlich einmal 1 cm³ (= 100 Millionen Keime) venös, im ganzen sechs bis acht Injektionen, bei schwächlichen Personen beginnt man mit ½ cm³. Die Reaktionen (Fieber, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Schüttelfrost, Übelkeit, Erbrechen) sind erträglich und lassen sich symptomatisch gut beeinflussen. Eine Gewöhnung an die Vakzine tritt bei sechs bis acht Injektionen nicht ein; oft ist die letzte Reaktion stärker als die vorhergehenden. Die Wirkung in bezug auf Verringerung oder Verschwinden der Gonokokken war fast immer eine auffallende. Die daneben geübte Lokaltherapie besteht in ein- bis zweimal täglichen Einführungen von Urethralstäbchen (Delegon, Gonostyli Ag. nitr. 1%); die Zervix wird bei angehakter und leicht vorgezogener Portio unter gewissenhafter Schonung des inneren Muttermundes mittels Playfairsonde drei- bis sechsmal wöchentlich mit Argent. nitr. (5%) oder Jothionöl (10%) ausgewischt. Etwaige Bartholinitis muß natürlich gesondert behandelt werden. (Ztrbl. f. Gyn. Nr. 12, 1925.)

Gravidität bei Morbus maculosus Werlhofii und Eklampsol.

Das Vorkommen von Hämophilie beim Weibe wird bekanntlich stark bezweifelt (Bucura, Bauer, Wehefritz). Wohl aber kommen andere Formen hämorrhagischer Diathese vor („Ars Medici" 1922, S. 476), für welche Glanzmann den Namen „hereditäre hämorrhagische Thrombasthenie" vorgeschlagen hat, und welche einem mehr minder schweren Grad des Morbus maculosus Werlhofii entsprechen. In der älteren Literatur ist sicherlich mancher Fall von Morbus m. W. als Hämophilie registriert worden. Die Ursachen der Blutungen in diesen Fällen liegen in Störungen der Milz- und der Ovarienfunktion, aber auch in Veränderungen des Mineralstoffwechsels, insbesondere des Kalziumgehaltes des Organismus. Zur Behebung solcher Störungen hat Rißmann (Osnabrück) schon vor längerer Zeit ein Gemisch von Natron- und Kalksalzen empfohlen, das unter dem Namen „Eklampsol" von Bernhard Hadra in Berlin C 2 hergestellt wird („Ars Medici" 1922, S. 501 und 1923, S. 92.)

Luhmann berichtet über eine 27jährige Patientin, die von Jugend auf an schwerer Neigung zu Blutungen litt. Stets bestanden zahlreiche Petechien und Blutunterlaufungen am Körper, häufig unstillbares Nasenbluten, die Menses dauerten stets zwei bis drei Wochen und führten zu lebensbedrohlicher Anämie, derentwegen die Kranke wiederholt in Krankenhausbehandlung stand und Gelatineinjektionen erhielt. Nach der Entlassung immer wieder neuerliche Blutungen. Als die Frau gravid wurde, verstärkte sich die Blutungstendenz. Jetzt wurde sie mit Eklampsol behandelt, worauf auffallendste Besserung einsetzte. Diese und eine zweite Schwangerschaft wurden unter der Eklampsolbehandlung durch normale Geburten beendet. Die Kinder zeigten keine Blutungsneigung. Der Praktiker soll also jedenfalls bei hämorrhagischen Diathesen von Frauen einen Versuch mit Eklampsol machen, bevor er sich zu den eingreifenden Methoden der Milz-Röntgenbestrahlung oder gar Milzexstirpation entschließt. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 17, 1925.)

Metropathia haemorrhagica.

Ein gutes Styptikum und allgemein deplethorisch wirkendes Mittel ist nach Dozent B. Aschner (Wien): Rp: Herb. equiseti, Herb. bursae pastoris, Herb. polygoni ana 20.0. S. Tee. Ein bis zwei Schalen täglich. Oder in Tropfenform: Rp: Tinct. tormentillae 30.0. S. Dreimal täglich 20 Tropfen in Wasser. (Wiener Seminarabend, März 1925.)

Zur Leitung der Nachgeburt

ist es nach Prof. F. Lichtenstein (Leipzig) am wichtigsten, den verkleinerten Zustand des Uterus nach der Geburt des Kindes dauernd zu erhalten, da nur dann die klaglose Loslösung der Nachgeburt gesichert ist. Hiezu eignet sich am besten der Hocksitz bis zur Lösung der Plazenta, da hiebei der intraabdominelle Druck auf das Dreifache ansteigt. Die Frau wird nach der Abnabelung katheterisiert und dann von beiden Seiten her soweit im Bette aufgerichtet, daß sie aufrecht sitzend mit unterstütztem Rücken ihre maximal gebeugten und geschlossenen Knie mit den Armen umfassen und brustwärts ziehen kann. Außerdem läßt man die Frau ab und zu pressen, um den Druck im Abdomen noch weiter zu steigern. Die abgeklemmte Nabelschnur liegt in der Leistenbeuge. Diese Lagerung bewirkt einen konzentrischen Druck auf die Plazenta, deren Lösung auch durch ihre Eigenschwere unterstützt wird. Die Lösung erfolgt rascher als in Rückenlage und mit außerordentlich geringem Blutverlust, da nicht nur die Kontraktion eine bessere ist, sondern auch das Sinken des intraabdominellen Druckes nach der Geburt bei Rückenlage und damit die Blutüberfüllung der Unterleibsorgane verhindert wird. Auch nach der Geburt der Plazenta wird sofort wiederum durch dreiviertel Stunden der Hocksitz angewandt, um atonische Blutungen zu verhüten. Erst nachher werden eventuelle Risse vernäht. Der Hocksitz ist durchaus nicht unbequem, bedingt keinerlei Emboliegefahr und führt bei sofortiger Anwendung niemals zu dem bei Frischentbundenen sonst so häufigen Schüttelfrost und Schweißausbruch (Intoxikationssymptome infolge Eindringens blutfremder Stoffe in die Gefäße des schlaffen Uterus; Hämoglobinurie! — Eklampsieprophylaxe?). (M. m. W. Nr. 15, 1925.)

Die Prüfung des Scheidensekrets auf neutrale oder alkalische Reaktion zum Gonorrhoenachweis

nach Danin, hat sich, wie Prof. Opitz (Univ.-Frauenklinik, Freiburg i. Br.) bestätigt, als fast feineres Reagens auf das Vorhandensein von Gonokokken erwiesen, als die noch so sorgfältig durchgeführte mikroskopische Untersuchung. Stark saure Reaktion spricht gegen Gonorrhoe. Fällt auch die anschließende mikroskopische Untersuchung negativ aus und bleibt die Reaktion, die an verschiedenen Tagen, ausgenommen zwei Tage vor und vier bis fünf Tage nach der Menstruation, zu prüfen ist, stark sauer, so ist G. auszuschließen. Bei schwach saurer, neutraler oder gar alkalischer Reaktion ist der Verdacht auf G. sehr begründet und mikroskopisch zu erhärten. Werden Gonokokken gefunden, so ist die Behandlung erst dann abzuschließen, bis die Reaktion stark sauer ist. Mikroskopische Untersuchungen sind inzwischen überflüssig. Vor und nach der Menstruation ist die Reaktion auch bei G. sauer. Zur Untersuchung ist allerdings ein besonders präpariertes Lackmuspapier erforderlich, das in Form eines Fingerlings in die Scheide eingeführt werden muß. (Fertig erhältlich als „Gonotest“ samt Gebrauchsanweisung durch die Juliawerke, Chem. Fabrik in Freiburg i. Br.) (M. m. W. Nr. 18, 1925.)

Die Uterusaustastung post partum

wird an der I. Univ.-Frauenklinik, Wien, wie Katz berichtet, dann vorgenommen, wenn die genaue Besichtigung der Nachgeburt den wohlbegründeten Verdacht ergibt, daß mindestens ein etwa haselnußgroßes Stück aus dem Mutterkuchen fehlt oder wenn klaffende Gefäße in den Eihäuten anzeigen, daß eine Nebenplazenta vorliegt. Hat es den Anschein, als ob Teilchen aus der Nachgeburt fehlen, die aber nicht einmal Haselnußgröße erreichen, dann wird, wenn es nicht blutet, von einer Austastung Abstand genommen und im Wochenbett Ergotin in größeren Gaben verabreicht. Fehlen die Eihäute oder Teile von diesen, so gibt dieses Vorkommnis ebensowenig wie die Anfüllung des Cavum uteri mit Blutgerinnseln eine Anzeige zur Austastung ab. Diese wird ausnahmslos mit der Hand, niemals unter Verwendung eines Instrumentes vorgenommen und sodann die Uterushöhle mit mehreren Litern heißer Alkohol- oder Preglscher Jodlösung gespült. — Verfasser weist nach, daß bei dieser Indikationsstellung bessere Resultate erzielt wurden als an anderen Kliniken, welche die Anzeige zur Uterusaustastung weiter stellen, also häufiger austasten. In den letzten drei Jahren wurde an der I. Wiener Univ.-Frauenklinik unter 8000 Geburten 66mal ausgetastet, davon 17mal, ohne daß Plazentareste gefunden wurden; anderseits wurde in acht Fällen die Austastung unterlassen, in denen sich doch Plazentareste im Uterus fanden. Von den acht Frauen mit übersehenen Plazentaresten starb eine an Peritonitis, zweimal trat Blutung allein, viermal Blutung und Fieber auf, einmal ging der Plazentarest ohne Blutung und Fieber spontan ab. Bei fünf von diesen Fällen mußte trotz bestehenden Fiebers im Wochenbett zur Austastung geschritten werden, die auch in diesem Zeitpunkt einzig und allein mit den Fingern geschieht. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 12, 1925.)

Bei welchen Uterusblutungen ist von lokaler Behandlung Erfolg zu erwarten?

Diese Frage prüfte Fuss (Univ.-Frauenklinik, Berlin). Es wurden etwa 80 Fälle von Uterusblutungen zur Beobachtung herangezogen, in denen der klinische Verlauf durch mindestens ein Jahr verfolgt werden konnte. Unabhängig davon wurde durch einen anderen Untersucher die pathologisch-anatomische Diagnose jedes Falles aus der ausgeschabten Schleimhaut gestellt. Bei Atrophie waren die Erfolge der Abrasio gut; nur eine Frau dieser Gruppe mußte geröntgt werden. — Ebenso wurden bei echter Endometritis von 15 Fällen 13 durch Abrasio geheilt. — Bei leichter Hyperplasie plus leichter Endometritis war von drei Fällen einer erfolgreich. — Adenomyohyperplasie: ein Fall erfolgreich. — Polypen: drei Fälle, alle erfolgreich. — Leichte allgemeine Hyperplasie: von 17 Fällen 13 erfolgreich. Mittelschwere Hyperplasie: von 14 Fällen 2 erfolgreich. Schwere Hyperplasie: 19 Fälle, alle erfolglos, mußten sämtlich der Röntgenbehandlung zugeführt werden.

Es zeigt sich also, daß von den mit Blutungen einhergehenden Erkrankungsformen der Gebärmutterschleimhaut diejenigen, die auf chronisch-entzündlicher Basis beruhen, durch lokale Behandlungsmethoden (Abrasio, Ätzungen usw.) gut beeinflußbar sind und meist geheilt werden. Das gleiche gilt von den atrophischen Schleimhäuten älterer Frauen sowie von den eng umschriebenen Formen der Hyperplasie (Polypen). Bei den Formen hingegen, bei denen es sich um eine allgemeine Hyperplasia mucosae uteri handelt, und die durch eine Funktionsstörung der Ovarien hervorgerufen sind, ist die lokale Behandlung

(außer bei den histologisch ganz leichten Graden) in der Regel ohne Erfolg. Bei jüngeren Frauen mit Adnextumoren wird man mit Wärmebehandlung und Bädern einen Versuch machen und eventuell zur Operation schreiten. Bei den Pubertätsblutungen stößt man nicht selten auf große therapeutische Schwierigkeiten und wird neben der Milzbestrahlung auch eventuell die Transplantation von Ovarien in Betracht ziehen (oder umgekehrt die Resektion eines Ovars, vgl. „Ars Medici" 1925, S. 230. — Ref.). Die bei älteren Frauen als Blutungsursache häufig (in etwa 70% der Fälle) anzutreffende Hyperplasie der Schleimhaut trotzt (außer den histologisch ganz leichten Formen) vollkommen der lokalen Behandlung. Hier bleibt als Ultimum refugium nur die Zerstörung des Eierstockgewebes durch die Röntgenbestrahlung. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 8, 1925.)

Pädiatrie.

Akute Säuglingsdyspepsien — konzentrierter Reisschleim.

Die akuten alimentären Ernährungsstörungen des Säuglings werden am besten durch Hungern behandelt. Doch ist das Hungern bei den meist schlecht gediehenen oder atrophischen Kindern nicht ungefährlich. Seitdem Finkelstein und L. F. Meyer die Eiweißmilch in die Therapie eingeführt haben, können wir nach kurzer Hungerperiode dem Bedürfnis des Säuglings nach Kalorien und nach lebenswichtigen Substanzen schon mehr entgegenkommen. Natürlich wird auch die Eiweißmilch anfänglich in vorsichtiger Dosierung gegeben; man kann aber mit der Eiweißmilchmenge bald steigen und schon nach wenigen Tagen eine genügende Nahrungsmenge zuführen. Die Wirkung der Eiweißmilch ist stets sehr gut. Doch wird das Präparat oft von Kindern über einem Jahre mit Widerwillen oder gar nicht genommen. Bei etwas älteren Kindern genügt dann bei akuten alimentären Störungen nach einer kurzen Tee-Hungerpause eine milchlose Kost, das heißt Gries oder Reis, in fettfreier Brühe zu Brei gekocht. Auf diesen Erfahrungen fußend, hat Prof. Bessau (Leipzig) auch für den Säugling nach einer milchlosen, aber möglichst konzentrierten und doch noch durch die Flasche verabreichbaren Nahrung gesucht. Er fand sie in einem leicht herstellbaren dicken, 10%igen Reisschleim. — Herstellung: Der Reis wird ausgelesen und durch mehrmaliges Abquirlen in klarem Wasser gereinigt. Danach bleibt er zwölf Stunden im Wasser stehen und wird alsdann in 10%iger Aufschwemmung bis zum völligen Zerfallen unter wiederholtem Nachfüllen der Flüssigkeit gekocht. Die Kochdauer beträgt je nach der Güte des Reises zwei bis drei Stunden. Danach wird das ganze durch eine Passiermaschine und schließlich dreimal durch ein feines Haarsieb getrieben. Der so entstandene 10%ige Reisschleim wird beim Stehen allmählich fester, doch kann er nach Erwärmung immer noch ein mittelweites Saugerloch passieren. Der Schleim wird nicht gesalzen, jedoch wird Nährzucker (am besten in Form einer hochprozentigen Nährzuckerlösung) zugefügt. Sacharinzusatz als Geschmackskorrigens ist meist erforderlich.

Bei Ernährungsstörungen bietet man also dem Säugling nach zwei bis drei Teemahlzeiten den 10%igen Reisschleim an, von dem er nach Belieben trinken kann. Am zweiten Tage wird der Reisschleim mit etwa 3% Soxhlets Nährzucker, am dritten Tage mit etwa 5% Nährzucker versetzt, so daß der Kaloriengehalt des Gemisches schon annähernd dem einer normalen Nahrung entspricht. Die Stühle werden sehr schnell fester und seltener. Natürlich ist die Reisschleimnahrung qualitativ auch noch eine

ungenügende, und man muß trachten, nach zwei bis drei Tagen zu einer gemischteren Kost überzugehen. In den leichten Fällen und bei älteren Säuglingen ersetzt man zunächst eine Reisschleimmahlzeit durch halb Milch, halb konzentrierten Reisschleim + Nährzucker, und an jedem folgenden Tage wird eine weitere Reisschleimmahlzeit durch dieses Gemisch substituiert, so daß nach etwa einer Woche das Kind sich auf halb Milch, halb konzentriertem Reisschleim + 5% Soxhlets Nährzucker befindet. Bei jüngeren Säuglingen und bei schwereren akuten alimentären Störungen gibt man nach zwei bis drei Tagen reiner Reisschleimnahrung abwechselnd konzentrierten Reisschleim mit 5% Nährzucker und konzentrierte (das heißt die käufliche) Eiweißmilch + 5 bis 10% Nährzucker. Wo Eiweißmilch nicht zu haben ist, kann man nach zwei bis drei Tagen reiner Reisschleimnahrung eine Reisschleimnahrung nach der andern durch ein Gemisch von gleichen Teilen Reisschleim und konzentrierter (das heißt der käuflichen) Buttermilch ersetzen.

Die antidyspeptische Wirksamkeit des konzentrierten Reisschleims beruht auf seiner schnellen Verdaulichkeit, ferner darauf, daß er ein ungeeignetes Gärsubstrat für das Bacterium coli darstellt und schließlich darauf, daß er eine starke alkalische Saftsekretion im Dünndarm auslöst. (D. m. W. Nr. 18, 1925.)

Akuter Säuglingsschnupfen — Behandlung.

Einfetten der Nase mit folgender Salbe: Rp: Camphor. pulv. 0.05, Lanolini 5.0, Vaselini 15.0. — Dreimal täglich wird ein erbsengroßes Stück folgender Salbe in beide Nasenlöcher eingeführt: Rp: Cocaini hydrochlor. 0.01, Camphor. pulv. 0.01, Natr. benzoici 0.25, Vaselini 15.0. (Il Policlinico Nr. 51, 1924.)

Oxyurenbehandlung mit gelben Mohrrüben.

R. Greinitz (Stettin) empfiehlt außer den kalten Abwaschungen des Anus nach Lorentz als unübertroffen erfolgreiches inneres Mittel den Genuß der rohen gelben Mohrrübe (Möhre), ein bis zwei Stück gewaschen oder geschabt (als Brei, roh), am nächsten Tag zur Sicherheit wiederholt. „Mit einem Schlag sind alle Oxyuren verschwunden.“ Bei eventueller Rezidive Mohrrübengenuß durch längere Zeit. (M. Kl. Nr. 14, 1925.)

Stomatitis bei Kleinkindern — Hefebehandlung.

Gerstenberger und Cleveland (Amer. Jour. of dis. of children, 1923) konnten verschiedene Stomatitisfälle auf den Mangel an wasserlöslichem B-Vitamin zurückführen und durch Zufuhr desselben rasche Heilung herbeiführen. Dies veranlaßte Waltner, bei Mundschleimhautentzündungen kleiner Kinder Hefepulver zu versuchen, und zwar wandte er das „Furunkulin-Zyma“ an. Drei- bis fünfmal täglich wurde eine Messerspitze dieses Pulvers (= 0.3 bis 0.5 g) in den Mund eingestreut. Das Medikament wurde nicht mit Wasser hinuntergespült, sondern mit dem Speichel allmählich verschluckt. Auch mit Staubzucker zu gleichen Teilen gemischt wurde es so eingestreut. Jede andere Behandlung wurde absichtlich unterlassen. Die Erfolge dieser Therapie waren bei Stomatitis simplex, aphthosa und ulcerosa, ferner bei Glossitis marginata sehr günstig und übertrafen die sonst üblichen Behandlungsarten (Einstauben von Bor- oder Jodoformpulver, Pinselung mit Lapis, Ratanhia- oder Myrrhentinktur, Wasserstoffsuperoxyd usw.) bei weitem. Schmerz und Fieber gingen zurück, die Geschwüre reinigten sich rasch, und in drei bis sechs Tagen waren alle

subjektiv unangenehmen Symptome geschwunden. Der Erfolg blieb jedoch aus, wenn das Mittel in Tablettenform mit Wasser rasch verschluckt wurde. Die Hefewirkung ist also hier als eine unmittelbar lokale, nicht allgemeine aufzufassen. (Monatsschr. f. Kinderhk., Bd. 30, H. 1, 1925.)

Haut- und venerische Krankheiten.

Geschlechtskrankheiten — persönliche Prophylaxe.

Gauducheau empfiehlt folgende Salbe zur Einfettung unmittelbar nach dem Verkehr: Rp: Hydragyri oxycyanati 0.01, Thymoli 0.175, Calomel. 2.5, Lanolini 5.0, Olei vaselini 0.4, Vaselini 2.0. — Ein kleiner Teil der Salbe soll auch etwa 2 cm tief in die Harnröhre eingestrichen werden. Diese Prophylaxe ist seit 1921 mit gutem Erfolge bei einigen französischen Armeekorps in Verwendung und hat auch bei der Handelsmarine die Anzahl der Erkrankungen beträchtlich herabgesetzt. (Presse méd. vom 15. April 1925.)

Gonorrhoe — Reargon.

Prof. M. Joseph (Berlin) hält das Reargon („Ars Medici" 1924, S. 120, 263 und 410 und 1925, S. 26) für das beste existierende Heilmittel der Gonorrhoe. Es ist dank seinem Glykosidgehalt völlig schmerzlos, von größter Tiefenwirkung, höchst sekretionshemmend und enthält etwa zehnmal so viel Silber als die üblichen Präparate. Besonders aussichtsvoll ist die rechtzeitige Abortivbehandlung. Man verordnet 5 g des Pulvers, das sich Patient in 100 cm³ Brunnenwasser auflöst (kräftig schütteln bis zur völligen Lösung) und in einem bis höchstens zwei Tagen verbraucht (vier bis fünf Selbstinjektionen täglich, zehn Minuten halten). Die Behandlung wird fortgesetzt, bis keine Spur von Sekretion mehr da ist und der Harn völlig klar geworden ist. Auch profuse Eiterungen können schon nach acht bis zehn Injektionen ganz schwinden. Durchschnittliche Heilungsdauer der akuten Gonorrhoe zwölf Tage (Klausner). Um Reizungen sicher zu vermeiden, soll nach Langer und Peiser die 5%ige Lösung nur dreimal täglich mit fünf Minuten Dauer injiziert werden; daneben Janetspülungen. (Jahresk. f. ä. Fortb., IV., 1925.)

Immer häufiger werden aber auch die kritischeren und zum Teil warnenden Stimmen beim Reargon. Mühlhoff (Bonner Univ.-Hautklinik) konnte zwar bei Urethritis acuta anterior manchmal rasche Heilung (Verschwinden der Gonokokken in drei Tagen, Heilung in drei Wochen) und einmal bei akuter Posterior Heilung in sechs Wochen erzielen, wobei die Gonokokken nach acht Tagen nicht mehr nachweisbar waren, sah aber bei einer Reihe anderer, so behandelter Fälle von Gonorrhoe nicht nur keinen Unterschied im Verlaufe, sondern sogar wiederholt das Auftreten von Komplikationen und Reizungen (letztere allerdings ohne besondere Beschwerden), so daß er wieder zu den altbewährten Mitteln Albargin und Protargol zurückgekehrt ist. (Dermat. Ztschr., Bd. 43, H. 5/6, 1925.)

Gonorrhoe — Wismutbehandlung.

Schon die alten Ärzte haben bei der chronischen Gonorrhoe Wismut angewandt. Landt (Potsdam) empfiehlt nach reichlicher Erfahrung die Wismutbehandlung, die sich ihm als den Silbersalzen mindestens ebenbürtig bewährte. Bismuth. subnitr. in 1¼ bis 2½ %iger wässeriger Emulsion reicht nur in einem Teil der chronischen Fälle aus, bei der akuten Gonorrhoe nicht. Das Gleiche gilt vom Dermatol. Dagegen erwies sich eine Kombination beider Salze auch bei der akuten Gonorrhoe als sehr wirksam: Rp. Bismuth. subnitr.. Dermatol ana 1, Aqu. ad 100. — Am stärksten ist

der Effekt beim Wismutoxyjodidgallat, dem Airol, wahrscheinlich infolge von Jodabspaltung in statu nascendi. Légueu und Levy, welche das Airol zuerst für die Gonorrhoebehandlung empfahlen, verordneten eine 10%ige Wasserglyzerinemulsion (Airol 2, Aqu. 5, Glyzerin 15). Verfasser sah von dieser Verordnung Brennen während der Injektion und empfiehlt eine 1½ bis 2½%ige Wasseremulsion des Airols, die dreimal täglich zehn Minuten lang anzuwenden ist. Verstärken kann man die Wirkung noch durch Zusatz von 1% Resorzin und 0.25% Zinc. sulfur. — Diese verstärkte Airollösung hat sich Verfasser sehr bewährt. Die Gonokokken verschwinden zwar langsam (nach ein bis zwei Wochen), aber der Endeffekt ist sehr gut; natürlich muß man stets nach Schwinden der Gonokokken und des Sekrets noch einige Zeit weiter spritzen. — Die besten Erfolge von allen Mitteln erzielte Verfasser aber mit einem neuen Wismutpräparat „Neo-Antigonyl" (einem unlöslichen Wismutsalz mit Zusatz von Zinc. sulfur. und Antipyrin; Firma Kajoka in Karlsruhe). Frische Fälle heilten in drei bis vier Wochen; chronische, vielfach mit Reargon und anderen Medikamenten erfolglos vorbehandelte, kamen in zwei bis zweieinhalb Monaten zur Ausheilung. Das Neo-Antigonyl ist wie alle Wismutpräparate nur dreimal täglich zehn Minuten lang anzuwenden und beschmutzt die Wäsche nicht. (Derm. Wschr. Nr. 14, 1925.)

Haarausfall nach fieberhaften Erkrankungen.

Sabouraud läßt den Haarboden bei Männern vier, bei Frauen zehn Minuten lang mit der Zahnbürste einreiben, die in folgender Lösung getränkt ist: Rp: Spiritus Lavandulae 20.0, Acetoni 30.0, Aqu. dest. 30.0, Kalii nitr. 0.5, Alcohol (90%) ad 300.0. (Bullet. gener. de therapeut. Nr. 2, 1925.)

Irrtümer in Syphilisdiagnose.

In einem Vortrage berichtete Tachau (Braunschweig) über interessante Fälle aus seiner Praxis. Am häufigsten sind Fehldiagnosen im Initialstadium. Bei einem Manne wurden zwei Sklerosen am Nasenrücken, über deren Entstehung keine Angaben gemacht werden konnten, wochenlang mit feuchten Umschlägen, Zinkpaste usw. behandelt, obwohl die Hartnäckigkeit der Affektion, das absolut typische Aussehen (scharfe Grenzen, indurierter Grund, speckiger Glanz) und besonders der mächtige beiderseitige submaxillare indolente Bubo zur Erkennung des Krankheitsbildes hätten führen müssen. — Ein Arzt hatte einen Primäraffekt an der Konjunktiva, der wohl durch Anhusten oder bei einer Geburt durch herausspritzendes Fruchtwasser entstanden war. Leider fanden sich im Abstrich Diphtheriebazillen, die durch Kultur sichergestellt wurden. Durch diesen Umstand ließ sich der Kollege täuschen, und erst nach Auftreten eines papulösen Exanthems wurde die richtige Diagnose gestellt. Berufliche Infektionen von Ärzten, Zahnärzten und Hebammen sind bekanntlich keine Seltenheiten und bedingen leider zuweilen Weiterverbreitung der Infektion auf andere Patienten. Es wird eben noch immer zu wenig an die extragenitale Infektion gedacht. — Einen beträchtlichen Prozentsatz aller extragenitalen Primäraffekte bilden auch die an den Tonsillen. Ein Patient suchte mit einem solchen Primäraffekt auf der linken Tonsille einen Laryngologen auf. Dieser exkochleierte die kranke Mandel. Kurz darauf bildete sich auf der erkrankten Seite ein mächtiger Bubo. Der nun konsultierte Chirurg exstirpierte ihn in dem Glauben, eine tuberkulöse Drüse vor sich zu haben. Einige Monate später entstand dann ein großer Defekt am weichen Gaumen, der schließlich als Lues erkannt wurde. Inzwischen hatte der Patient schon

seine Frau infiziert. Syphilitische Drüsen wurden übrigens schon gelegentlich von sehr bekannten Chirurgen operativ angegangen.

Sind die extragenitalen Infektionen immerhin selten, so muß man sich dagegen wundern, daß gar nicht selten Sklerosen an den Genitalien nicht erkannt werden. Verfasser sah einen jungen Mann mit typischer Sklerose und indolenten Bubonen, dem ein Arzt zwei Tage vorher es schriftlich gegeben hatte, daß es sich um einen unschuldigen Riß am Frenulum und um keine Geschlechtskrankheit handle. — Ein Witwer war vor einem halben Jahre mit frischer Lues in Behandlung gestanden, ohne seine Kur zu beenden. Kurze Zeit darauf suchte er einen anderen Arzt auf, der ihm auf diese Anamnese hin einige Salvarsanspritzen gab. Ein paar Monate später will er heiraten und sucht wiederum den zweiten Arzt auf. Dieser erkennt bestehende Papeln am Penis nicht und gibt ihm ein Gesundheitsattest; natürlich infiziert der Patient sofort seine junge Frau.

Aus allen diesen Dingen ist zu ersehen, daß man jede verdächtige Wunde, jedes Bläschen, jede Erosion, besonders am Genitale, genau auf Spirochäten untersuchen muß. Die WaR genügt hier nicht; sie wird bekanntlich erst sieben bis acht Wochen nach der Infektion positiv. Auf die Anamnese ist gar nichts zu geben. So beteuerte ein Mann ehrlichst, keinen außerehelichen Verkehr gehabt zu haben, und hatte doch Lues; schließlich stellte es sich heraus, daß er von seiner Frau angesteckt worden war, welche Hebamme war und eine extragenitale Infektion akquiriert hatte. Falsch ist es natürlich, eine Wunde oder ein Ulcus molle am Genitale gleich mit Lapis, Jod und Salben zu behandeln, wodurch für längere Zeit der Spirochätennachweis unmöglich gemacht wird.

Seltsamerweise kommt es auch vor, daß frische Sekundärexantheme für Scharlach oder Masern gehalten werden, pustulöse Formen für Varizellen. Besonders werden die selteneren Erscheinungen der Sekundärperiode verkannt, so die Roseola annularis, großpapulöse, psoriasiforme, korymbiforme, frambösiforme Exantheme, gewucherte Papeln der Nasolabialfalte, die sogenannte Impetigo capillitii, die Psoriasis palmaris und plantaris, tuberoserpiginöse Bildungen usw. — Leichter begreiflich ist schon die Verwechslung von exulzerierten Gummen mit tuberkulösen Krankheitsprozessen und varikösen Unterschenkelgeschwüren. Hier kann die Differentialdiagnose schon Schwierigkeiten bieten. Anstellung der WaR und versuchsweise antiluetische Kur sind baldigst anzuraten. (D. m. W. Nr. 19, 1925.)

Lepra tuberosa — Kohlensäureschnee.

Über weitere 13 erfolgreich behandelte Fälle berichtet A. Paldrock. Erbsengroße Tubera schwinden in drei Wochen nach einmaliger Applikation von CO_2-Schnee durch 15 Sekunden und hinterlassen zarte, pigmentumsäumte Narben. Gleichzeitig schwinden aber auch nicht behandelte kleinere Knötchen und Infiltrate, da an den behandelten Stellen die Erreger so verändert werden, daß der Organismus imstande ist, sie aufzuschließen und die freiwerdenden Abbauprodukte als Antigene die Bildung von Antikörpern bewirken. In jeder Sitzung werden etwa 20 Stellen dem Schnee ausgesetzt. Besserung schon in wenigen Monaten, voller Erfolg in einem Jahre. (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 146.)

Milzbrandinfizierte Rasierpinsel.

Von Prof. E. Thomsen (Kopenhagen).

In den letzten Jahren hat eine Reihe von Milzbrandfällen des Gesichtes, die erfahrungsgemäß weit schlimmer verlaufen als an den Extremitäten, besondere Aufmerksamkeit erregt, da die Infektion durch Rasie-

pinsel aus Roßhaaren erfolgte, die aus Ländern mit stark milzbrandinfiziertem Tierbestand (Rußland, Japan, China, Italien) stammten. Diese Roßhaarpinsel sind oft künstlich gefärbt und können echte Dachshaare imitieren. Im ganzen handelt es sich um etwa 50 Fälle in U. S. A. und ebensoviele hauptsächlich in England, von welchen 18 starben. Durch ein „order in council" wurde daher in England der Import von Rasierpinseln aus Japan verboten. In Deutschland wurde in den letzten Jahren kein Fall beobachtet, da der Import von Rohmaterialien aus dem Osten seit dem Kriege wesentlich reduziert wurde. In Dänemark ist 1924 der hervorragende Gerichtsmediziner Prof. Ellermann durch Rasierpinselinfektion gestorben. Obwohl in den meisten Ländern gesetzlich sämtliche verdächtige Haarwaren noch vor ihrer Verabreichung durch Dampf desinfiziert werden müssen, ist es ratsam, jeden neuen Rasierpinsel wie folgt zu desinfizieren: Sorgfältig waschen in lauwarmem Seifenwasser, dann in eine Büchse legen mit Formalinlösung, die somit 10% der im Handel erhältlichen 40%igen Formaldehydlösung enthält, Deckel schließen und Büchse durch zwei bis drei Stunden im Wasserbad auf zirka 40° C erwärmen. (Seuchenbekämpfung, H. 3/4, 1925.)

Ulcus cruris — Behandlung.

De Gaetano empfiehlt folgende Behandlungsmethode, die sich ihm in sehr vielen Fällen bewährt hat: Reinigung und Desinfektion der Haut um das Geschwür herum mit rektifiziertem Benzin und folgender Lösung: Acid. acet. gtt. XX,-Alcohol 100. — Aufstreichen einer antiekzematösen Salbe, die je nach Art des Ekzems gewählt sein soll. Dauer dieser Behandlung zehn Tage. Nach diesem Zeitraum wird das Bein, welches in eine erhöhte Lage gebracht wird, mit einer Lage sterilisierter Gaze bedeckt und über dieser der ganze Unterschenkel von den Zehen bis zum Knie mit Diachylonpflaster in Streifen fest umwickelt; darüber Verband, welcher acht Tage liegen bleibt. Nach Entfernung des Verbandes sieht man dann die Oberfläche des Geschwürs mit viel Eiter bedeckt; unter der Eiterschicht jedoch scheinen gesunde Granulationen hervor. In kurzer Zeit heilt dann das Unterschenkelgeschwür ganz ab. (Riforma med. Nr. 1009, 1924.)

Ulcus molle serpiginosum.

Anläßlich einer Mitteilung von M. Gross über Heilung eines Ulcus serpiginosum durch Paquelinisierung weisen Prof. Buschke und Leissner (Berlin) erneut auf ihre Behandlung dieses Leidens mittels Pyrogallussäure in steigender Konzentration bis zur reinen Säure hin. Vor einem Jahre (Klin. Wschr. Nr. 22. 1924) haben sie einen Fall veröffentlicht, der eine Frau mit riesengroßem Ulcus serpiginosum betraf; nach zweijähriger vergeblicher Behandlung in vielen Kliniken mit allen möglichen Mitteln, auch mit antiluetischen und mit dem Paquelin, führte die Pyrogallusbehandlung in zehn Monaten zur Heilung. Inzwischen hat sich die Methode auch bei absolut therapieresistenten tertiärsyphilitischen Ulzerationen bewährt und wurde auch gelegentlich zur Anfrischung torpider Ulcera cruris benützt. — Bei dem oben erwähnten, außerordentlich schweren Fall von Ulcus serpiginosum fanden sich trotz wiederholter Untersuchungen an zwei Kliniken keine Ulcus-molle-Bazillen. Der infizierende Partner aber hatte ein einfaches, schnell heilendes Ulcus molle gehabt. Man sieht daraus, daß die Hautdisposition und Konstitution auch für den Verlauf venerischer Infektionen von maßgebender Bedeutung ist. (Derm. Wschr. Nr. 15, 1925.)

Vakzine-Erkrankungen.

Prof. Kerl (Wien) berichtet über eine Anzahl beobachteter Erkrankungen nach Pockenimpfung, die teils beim Impfling selbst (Vaccina generalisata), teils bei Personen der Umgebung — besonders Kindern — au

traten, wenn diese noch nicht geimpft oder schon lange nicht wiedergeimpft waren. Kleine Epithelverluste, besonders im Gesicht oder bestehendes Ekzem begünstigen das Haften des Impfstoffes und dessen eventuelle weitere Ausbreitung. Einmal war auch die Genitalgegend und die Scheide eines 16 Monate alten Mädchens ergriffen worden. Diese Impfschäden lassen sich durch ordentlichen Verband der Impfstelle und Untersuchung, eventuell Behandlung der Umgebung des Impflings vermeiden. Wie weit die subkutane oder die intrakutane Impfung (nach Leiner, „Ars Medici" 1925, S. 70) auch in dieser Richtung Erfolge haben könnte, wird die Zukunft erweisen. (Arch. f. Dermat. u. Syph., Bd. 148, H. 3, 1925.)

Augenheilkunde.

Die Gullstrandsche Spaltlampe.

Mit der Spaltlampe hat Gullstrand der Augenheilkunde ein bedeutungsvolles neues Untersuchungsinstrument geschenkt, dessen Wichtigkeit manche Autoren der des Augenspiegels gleichstellen. Wenn die Spaltlampe nicht wie der Augenspiegel schon heute in der Hand jedes Augenarztes ist, so liegt das nur an rein äußerlichen, materiellen Gründen und an einer gewissen Schwierigkeit der Erlernung der Technik. Die Spaltlampe stellt die extremste Steigerung der „fokalen Beleuchtung" dar, die zugleich eine Beobachtung im binokulären Mikroskop ermöglicht. Man kann die Vergrößerung leicht über 100fach steigern; für die gewöhnlichen klinischen Untersuchungen hat sich aber eine 20fache Vergrößerung als praktisch herausgestellt, und nur selten wird man unter besonderen Bedingungen darüber hinausgehen.

Dozent Meesmann (Univ.-Augenklinik Charité, Berlin) bespricht die klinische Bedeutung der neuen Lampe (Firma Zeiß in Jena): Die Mikroskopie der Bindehaut hat nur geringere klinische Bedeutung, am ehesten kommen noch Tumoren in Frage, die auf Gefäße, Pigmentationen usw. untersucht werden können. Sehr wichtige diagnostische und prognostische Beobachtungen lassen sich an der Hornhaut anstellen; beim Ulcus corneae, Verletzungen, Keratitis, Herpes usw. kann man mikroskopisch Entstehung und Verlauf der Krankheit verfolgen, was für die Unfallbegutachtung und auch für die Therapie von hohem Vorteil ist. Die Untersuchung der vorderen Kammer erleichtert die Differentialdiagnose zwischen senilen Hornhautpigmentierungen und beginnender Iridozyklitis; bei letzterer fehlen nie punktförmige Elemente im Kammerwasser. Die jetzt ermöglichte Frühdiagnose beginnender Iridozyklitis ist für die sympathische Ophthalmie von großer Bedeutung; denn wahrscheinlich gibt es keine sympathische Ophthalmie ohne vorherige, wenn auch vorübergehende Iridozyklitis. Ebenso bedeutsam ist die Untersuchung der Iris. Noch bevor irgendein anderes Zeichen von Iritis sich findet, kann man mit der Spaltlampenbeobachtung die charakteristische Hyperämie der gefäßhaltigen Trabekel sehen. Die Beobachtung der Linse hat unser Verständnis für die Entstehung des Stars vertieft. Es lassen sich sieben Typen der Linsentrübung aufstellen, und die Einreihung des Einzelfalles in eine dieser Gruppen ist für Prognose und Behandlung von Bedeutung. Auch der Glaskörper ist der Spaltlampenmikroskopie, wenigstens in seinem vorderen Drittel, gut zugängig. Dies ist bei beginnender Katarakt wertvoll, um Verflüssigung nachzuweisen, durch welche die Operationsmethode eine besondere Modifikation erfahren kann. Bei intraokulären Blutungen sind die Blutmassen oft im Glaskörper nachweisbar, ebenso punktförmige Einlagerungen bei Entzündungen. Glaskörperprolaps in die vordere Kammer bei Contusio bulbi (mit und ohne nachweisbare Subluxation der Linse) nach Star- und Nachstaroperation sind mit keinem anderen Mittel nachweisbar

als mit der Spaltlampe. Im Alter und bei pathologischen Prozessen, besonders bei hochgradiger Myopie, läßt sich der Glaskörperzerfall leicht konstatieren. — Wenig eingebürgert hat sich noch die Spaltlampenuntersuchung des Augenhintergrundes, zu welcher man noch ein besonderes Augenmikroskop nach Koeppe braucht. Hier kommt die Differentialdiagnose beginnender Veränderungen an der Papille (feinste Makulaerkrankungen, kleinste Tumoren usw.) in Betracht. Bei Myopie über — 5 D ist diese Untersuchungsmethode unmöglich, bei Astigmatismus der Hornhaut und bei geringgradigen Trübungen der brechenden Medien sehr erschwert. (Klin. Wschr. Nr. 20, 1925.)

Transitorische Myopie, bzw. symmetrische Kornealgeschwüre in Frühstadien des Diabetes mellitus

bei meist wohlgenährten Leuten im Alter von 36 bis 52 Jahren beobachtete A. Maria Rosenstein in zahlreichen Fällen ihrer Privatpraxis. Die Augensymptome schwinden auf antidiabetische Therapie (Diät, Insulin) im gleichen Verhältnis wie die übrigen Diabetessymptome. Die Myopie tritt meist akut in Form plötzlichen Nebelsehens auf, die diabetischen Hornhautgeschwüre (zunächst Fremdkörpergefühl im Auge!) als kleine, symmetrische Substanzverluste nahe dem Limbus. Sie heilen bald unter Atropin und Wärme, rezidivieren aber rasch, solange die Glykosurie und Azetonurie anhalten. Die Konjunktiva zeigt spritzförmige oder flächenhafte Blutungen. Derartige plötzliche Augensymptome indizieren somit die Harnuntersuchung. (W. kl. W. Nr. 15, 1925.)

Stomato-, Rhino- und Otologie.

Subjektive Ohrgeräusche — Sympathikektomie.

Es ist bekannt, daß die subjektiven Ohrgeräusche oft für den Befallenen eine furchtbare Qual bilden. Tag und Nacht findet er keine Ruhe und wird sogar zum Selbstmord getrieben. Als Ursache nimmt man heute angiospastische Zustände an und verwendet entsprechende Mittel. So hat man schon seit langem Gutes vom Strychnin gesehen, worauf erst kürzlich wieder Beck hingewiesen hat; er führt die Erfolge auf Erweiterung der Gefäße der Schädelhöhle zurück. Besonders gute Erfahrungen hat man auch mit den lokalen subkutanen Injektionen von Panitrin gemacht, einer Verbindung von Papaverin mit Atropin. Aber leider hält diese gute Wirkung nur kurz an, stumpft sich bald ab und versagt schließlich ebenfalls ganz. Da ferner alle sonstigen Behandlungsmethoden (Diathermie usw.) das Leiden nicht zu bessern vermögen, hat man sich schließlich in den schwersten Fällen zur Resektion des Akustikus entschlossen, einem großen intrakraniellen Eingriff mit sehr hoher Mortalität, der daher nur selten ausgeführt wurde. Prof. Brüning und Forster (Berlin) machten in einem schweren Falle die Sympathektomie. Der Grenzstrang des Sympathikus wurde am Halse freigelegt und reseziert und ferner an der Karotis in der Ausdehnung von 5 cm eine periarterielle Sympathitektomie ausgeführt. Der Erfolg war verblüffend gut und hält nun schon drei Monate an. In hartnäckigsten Fällen ist die Methode gewiß zu versuchen. (D. m. W. Nr. 21, 1925.)

Die Tuberkulose des Ohres.

Von A. Charousek (Assist. d. Deutschen Oto-rhin. Univ.-Klinik in Prag).

Am äußeren Ohr kann der Lupus oder das tbc. Hautgeschwür zu Stenosierung des Gehörganges oder Deformität der Muschel führen, die plastische Eingriffe erfordern. Die Knotentbc. des Ohrläppchens entsteht durch Inokulation beim Stechen des Ohrringloches oder später beim Tragen der Ohrringe (Ther.: Keilexzision, Primärnaht).

Die Mittelohrtbc. entsteht nur selten primär durch Aspiration durch die Tube, meist sekundär, hämatogen oder lymphogen oder besonders bei Kindern mit offener Lungentbc. durch Aspiration von Tbc.-Bazillen beim Husten oder Schneuzen durch die Tube. Gewöhnlich ist meist die Schleimhaut befallen und erst später Periost und Knochen. Man unterscheidet eine nekrotisierende und eine proliferierende Form. Im Gegensatz zur gewöhnlichen Otitis media beginnt erstere schleichend, schmerzlos (akute Formen sind auf Mischinfektion suspekt); im nur anfangs geröteten Trommelfell treten multiple Infiltrate und in ihrer Folge Perforationen auf, die zu einem großen Defekt konfluieren. Ausfluß dünn oder auch zähschmierig, manchmal mit käsigen Bröckeln, wird bald fötid, haftet fest (schwer abspülbar) an der stellenweise zugrundegehenden grauen Paukenschleimhaut (Sondierung ergibt rauhen Knochen). Schwerhörigkeit auch vom Innenohrtypus; ausgedehnte Karies auch der Hörknöchelchen, häufiger Einbruch ins Labyrinth und Fazialislähmung, schwache Heilungstendenz; geringe Neigung zum Übergreifen auf Periost und Dura; sehr selten Cholesteatom. Hingegen bei einfacher Otitis: Akut-schmerzhafter Beginn, Trommelfell stark injiziert, einfache Perforation; Paukenschleimhaut hellrot, ödematös; Ausfluß serös-eitrig-schleimig, geruchlos, durch Spülung leicht zu entfernen; reine Mittelohrschwerhörigkeit, keine Karies, lebhafte Granulationen, eventuell endokranielle Komplikationen; in chronischen Fällen Neigung zu Cholesteatombildung. — Die proliferierende Form ist nur selten als Tbc. zu erkennen. Sie bevorzugt Jugendliche ohne sonstige Zeichen von Tbc., beginnt akut schmerzhaft und verläuft wie eine akute, mit Knocheneinschmelzungen einhergehende Mastoiditis.

Die Tbc. des Innenohrs ist meist vom Mittelohr fortgeleitet. Schon frühzeitig kann die Erkrankung der Schnecke zu schweren Hörstörungen (namentlich der oberen Hörgrenzen) und zunehmendem Ohrensausen führen. Bei schnell progredienten Phthisen kann es auch ohne Beteiligung des Mittelohrs zu beidseitigen Hörstörungen kommen (Neuritis acustica). Wegen des schleichenden Verlaufs fehlen gewöhnlich bei der tbc. Labyrinthitis die sonst auftretenden stürmischen Symptome (Gleichgewichtsstörungen, Scheinbewegungen der Objekte, Drehempfindungen, Nystagmus).

Diagnose. Der Bazillennachweis im Sekret ist nur bei positivem Ausfall beweisend. Ebenso die Herdreaktion (gefährlich!) durch Tuberkulin und die histologische Untersuchung von Gewebspartikeln. Um genügend Sekret zu gewinnen, werden Jod per os, Tuberkulininjektionen, lokale Solluxbestrahlungen angewendet. Die Hörprüfung zeigt bei relativ geringem Lokalbefund rasche und erhebliche Abnahme des Gehörs und frühzeitig Innenohrsymptome. Schwellung der aurikulären Drüsen deutet auf Mittelohrtbc.

Therapie. Milde Tuberkulinkuren (Tuberkulomuzin Weleminsky) unter Vermeidung von Herdreaktionen (daher keine Proteinkörper oder Biersche Hyperämie!), Sonne, allgemeine und lokale Quarzbestrahlungen, Heilstätte, gute Ernährung. Lokal Jodoform, H_2O_2, Borsäure usw., Radikaloperation mit möglichst vollständiger Ausräumung der erkrankten Knochenpartien. Progrediente Lungenprozesse, hohes Fieber, starke Abmagerung kontraindizieren chirurgische Eingriffe. (M. Kl. Nr. 18 bis 19, 1925.)

Aus der Praxis.

(Originalarbeiten.)

Die „Tipp“-Methode, eine neue Perkussionsart.

Von Dozent Dr. A. **Grgurina** (Abbazia).

Für den praktischen Arzt ist es schwierig, sich nur durch die üblichen Perkussionsmethoden (ohne Röntgen und Orthodiagraphie) über die relative Herzdämpfung und damit über die wirkliche Herzgröße zu orientieren. Perkutiert er auf die gewöhnliche Art, bei welcher sich der Finger als Plessimeter von der Lunge her dem Herzen nähert, so wirkt die Summe der berührten Rippen (namentlich bei Bestimmung der rechten und linken Herzgrenze) als vielfaches Plessimeter, welches ein viel zu großes Feld zum Schwingen bringt, besonders wenn ein förmliches Perkussionstrommelfeuer losgelassen wird. — Der Forderung nach leiser Perkussion trägt ja die Schwellenwertperkussion (Ewald-Goldscheider) Rechnung, dem Postulate der möglichsten Einschränkung des erschütterten Feldes die Plesch sche Fingerhaltung, eventuell der „Perkussionsgriffel!“ Doch gelangen diese Methoden nicht zur vollen Ausnützung des Resistenzgefühles, während die Ebsteinsche „Tastperkussion“ dieses Gefühl wieder unter Ausschaltung jeder akustischen Wahrnehmung zu hoch wertet. Die Auenbruggersche unmittelbare Perkussionsart nützt zwar sowohl die akustische Komponente als auch das Resistenzgefühl aus, wird aber weder der Forderung der leisen Perkussion noch der der strengen Lokalisation des Perkussionsstoßes gerecht.

Auf der Suche nach einer befriedigenderen Methode gelangte ich nach mehrfachen Experimenten schließlich zu der im folgenden kurz zu erörternden, allen drei Forderungen Rechnung tragenden Methode. Das Wesen der „Tipp“methode wird ohneweiters klar, wenn die Übersetzung des in seiner ursprünglichen Bedeutung vielleicht nicht allgemein geläufigen deutschen Wortes „tippen“ in verschiedene Sprachen vorausgeschickt wird. „Tippen“ heißt italienisch „toccare con delicatezza“, französisch „toucher légèrement du doigt“, englisch „to touch ligthly“. Tippen heißt also etwas leise und kurz mit der Fingerkuppe berühren. Es wird demnach schon durch die Benennung der Methode auf die drei Postulate hingewiesen:

1. Durch die allerleiseste Beklopfung des zu untersuchenden Gebietes wird sie der Forderung nach leiser Perkussion gerecht.
2. Sie ist eine unmittelbare Perkussionsmethode und kann nicht nur durch das Tippen mit einer Fingerkuppe das Resistenzgefühl voll ausnützen, sondern erfüllt hiebei auch
3. die Forderung nach möglichst streng eingeschränkter Lokalisation des Perkussionsstoßes.

Die Tippmethode wird folgendermaßen ausgeführt: Durch leise und kurze Beklopfung mit der volaren Fläche der Kuppe des Zeige- oder Mittelfingers (Fingerbeere) wird in der Richtung von der Lunge zum Herzen eine eben noch hörbare Schallerscheinung hervorgerufen. Dabei achte man darauf, daß die Bewegungen des in beiden Interphalangealgelenken gestreckten Fingers kurz (schnellend) und nur im Metakarpophalangealgelenke ausgeführt werden, während das Handgelenk ruhig fixiert bleibt. In dem so zustandegebrachten Schalle sind drei Komponenten zu unterscheiden und diagnostisch zu verwerten: a) der gerade noch hörbare tiefe Lungenton. b) ein durch Berührung der Fingerkuppe mit der Haut entstandenes klatschendes Geräusch; c) das Widerstandsgefühl. Sobald im Zuge

der Perkussion die Grenze der relativen Herzdämpfung erreicht wird, verschwindet der früher gerade noch hörbare tiefe Lungenton, das klatschende Geräusch wird viel höher und kaum hörbar, das Widerstandsgefühl aber, welches man über der Lunge nur schwach empfand, tritt über dem Herzen plötzlich deutlich hervor. Die beschriebene Methode hat also mit der Ewald-Goldscheiderschen Schwellenwertperkussion gemeinsam die allerleiseste Beklopfung des zu untersuchenden Feldes, unterscheidet sich aber von ihr dadurch, daß sie durch den Verzicht auf jede Art Plessimeter das Resistenzgefühl voll ausnützt und die Geräuschnuance des Hautklatschens mit Vorteil verwertet. Die Ähnlichkeit mit der Ebsteinschen schallosen „Tastperkussion" resultiert aus der Verwertung des Resistenzgefühles, die Tippmethode unterscheidet sich jedoch von ihr (abgesehen von der grundverschiedenen Technik) durch gleichzeitige Verwertung der akustischen Komponente. Mit der Auenbruggerschen Methode hat sie gemeinsam die unmittelbare Anwendungsweise, von ihr trennt sie aber die leise Ausführung und die strenge Lokalisation des Perkussionsstoßes. — Somit vereint die Tippmethode in sich alle in den erwähnten drei Untersuchungsarten enthaltenen Grundsätze mit ihren Vorzügen, ergänzt jede einzelne und vermeidet einige Mängel dieser Methoden. Sie ist demnach in der Tat eine Art unmittelbarer, palpatorischer Schwellenwertperkussion.

Die Methode ist leicht erlernbar und vermag übrigens nicht nur über die wirkliche Herzgröße (selbst bei maximalem Lungenemphysem) ein zutreffendes Bild zu erbringen, sondern eignet sich oft auch zur Bestimmung der Milz- und Lebergrenzen und zur Auffindung aller relativen Dämpfungen sowie zum Nachweis peritonitischer Exsudate, bei denen sie sich wegen ihrer geringen Schmerzhaftigkeit als besonders schonend erwiesen hat. Da die hiebei erhobenen Befunde durch Röntgen (Orthodiagraphie) vollauf bestätigt wurden, ist diese ebenso einfache als verläßliche Methode den Kollegen zur weiteren Nachprüfung zu empfehlen.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.[1]

Fragen.

158. Nach Prof. N. Ortner ist eine Eisentherapie bei Anämie infolge Lungentbc. kontraindiziert, da durch Eisen der Lungenprozeß rascher progredient wird (Vorlesungen über spez. Ther. innerer Krankheiten. 1911). Fritz Haese empfiehlt aber (D. m. W. Nr. 9, 1925) die Anämie bei geschlossener und offener Lungentbc. durch Elektroferrol zu behandeln. Dr. V. T. in T.

159. 30jährige gesunde Frau bekam unmittelbar nach der Geburt ihres ersten Kindes heftigste neuralgische Schmerzen in der Schultergegend, ausstrahlend bis in die Finger, verbunden mit einer gewissen Taubheit derselben. Drei Wochen später sah ich die Patientin. Die Schmerzen sind verschwunden, es besteht aber Lähmung teilweise des Medianus und Ulnaris auf motorischem Gebiete, während die Sensi-

---

[1] Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Raummangels werden nur die Anfragen von allgemeinem Interesse veröffentlicht. Behufs etwaiger brieflicher Beantwortung ersuchen wir daher um Beifügung von Rückporto. Die Red.

bilität nicht gestört ist. Patientin wurde seit drei Wochen ohne Erfolg elektrisiert. Dr. H. G. in M.

160. In meiner Behandlung befindet sich ein fünfjähriges Mädchen mit mächtigem Aszites. Auf den ersten Blick imponierte die Erkrankung als Tbc. peritonei. Die Anamnese ergab jedoch, daß der Aszites ganz plötzlich im Laufe von wenigen Tagen im Anschluß an eine Lungen- und Rippenfellentzündung (sicca) aufgetreten war. Auf Digitalis-Diuretin wurde die enorme Menge von Bauchhöhlenflüssigkeit in zehn Tagen ausgeschwemmt und der Leib fast normal. Nun wurde auch ein großer Lebertumor fühlbar, der den Rippenbogen um etwa 7 cm überragte und von mir als Stauungsleber angesehen wurde. Der vor der Digitalisbehandlung sehr beschleunigte und unzählbare Puls sank auf 120 bis 130 in der Minute. Ich behandle das Kind schon seit mehreren Monaten mit Digitalis-Diuretin und halte damit den Aszites zurück, welcher jedoch bei Aussetzen der Digitalis oder Ersatz derselben durch Koffein sofort wieder auftritt. Der Lebertumor hat sich auf Digitalis ebenfalls etwas verkleinert, der Puls bleibt bei etwa 120. Das Kind fühlt sich sehr wohl, hat zugenommen, guten Appetit usw., während es vor der Digitalisbehandlung immer an Verdauungsstörungen (Erbrechen, Durchfälle) litt. Im großen und ganzen ist der objektive Befund des Leibes in den letzten Monaten der gleiche geblieben. Wie könnte ich eine weitere Besserung erzielen und auch mit der Digitalisverordnung pausieren, ohne eine neue Insuffizienz des Herzens (denn ich halte die ganze Erkrankung lediglich für eine chronische Herzschwäche) befürchten zu müssen? Dr. A. H. in W.

161. 28jähriger Patient, Lues 1915, regelrecht kombiniert behandelt, 1925 Wiederholungskur, erkrankte Dezember 1924 plötzlich in der Nacht mit Empfindung von Gasgeruch. In der Folgezeit ein- bis fünfmal täglich Anfälle: Vagusdruck, Aufsteigen nach dem Kopfe, Gefühl eines scharfen Geruches. Zuckungen und Rötung der rechten Gesichtshälfte, geldzählenähnliche Bewegungen der Finger beider Hände; Dauer eine Minute; nie Bewußtseinsverlust. Reflexe, Augen usw. normal. Blut- und Lumbal-Wassermann negativ. Xifalmilch, Luminal, Spasmosan, Jod. Sanatoriumaufenthalt (während desselben keine Anfälle!) ohne Erfolg. Nach der letzten antiluetischen Kur Häufung der Anfälle. Forme fruste Epilepsie? Hg-Komponente? Epilepsie auf luetischer Basis? Therapie?

Dr. W. in H.

162. Wer kennt Dr. Thisquens Methylen-Rheumacid-Kapseln? Ein Patient behauptet, mit diesen Kapseln ohne jede lokale Therapie eine Gonorrhoe beseitigt zu haben. Dr. L. in W.

163. Was hat es mit der in der Tagespresse angepriesenen Entfettungskur mit Fuca-Bohnen für eine Bewandtnis? Dr. A. in M.

164. 39 Jahre alter Kriegsbeschädigter mit trophischem Ulkus an der Ferse nach hohem Ischiadikusdurchschuß. Das Geschwür, das wie ein typisches Malum perforans aussieht, ist bereits einmal operativ angegangen worden, angeblich Exkochleation von Knochen (Kalkaneus). Derzeit besteht keine zum Knochen ziehende Fistel. Soll man auf Grund der bisherigen Erfahrungen die periarterielle Sympathektomie (Leriche) empfehlen? Was könnte man sonst mit Aussicht auf Erfolg unternehmen?

Dr. A. W. in I.

165. Ich bitte um Literatur über den Bau und die Einrichtung von Liegehallen für Volksheilstätten. Dr. L. in G.

166. Ich wurde zu einer Frau berufen, welcher der Mann mit einer Sense den Hals durchschnitten hatte. Ich traf die Patientin etwa vier Stunden nach der Tat, ziemlich ausgeblutet, aber nicht mehr blutend, mit durchtrennter Kehle und verletzter Speiseröhre, so daß eingenommene Getränke (die Frau war bei Bewußtsein und verlangte immer wieder Was-

ser) und das Erbrochene in die Luftröhre floß. Ich führte die Tracheotomiekanüle ein, verband die Patientin und ließ sie in das 20 km entfernte Spital bringen. Der Transport erfolgte aber erst 24 Stunden nach der Tat, und Patientin starb auf dem Wege. Hätte sie bei rascher chirurgischer Hilfe noch gerettet werden können oder mußte sie an Aspirationspneumonie zugrunde gehen? Was hätte ich als praktischer Arzt noch tun sollen?

Dr. A. in M.

167. Eine 20jährige Frau hatte im dritten Monat der ersten Schwangerschaft Schmerzen im rechten Unterbauch; rechter Eileiter und Eierstock druckschmerzhaft. Sonst verliefen die Schwangerschaft und Geburt normal. Schon vor Abgang der etwas adhärenten Plazenta Temperaturanstieg bis 39.5. Ich nahm akute Endometritis, Salpingitis und Oophoritis dextra an, kein Erbrechen, Bauch leicht aufgetrieben, Puls gut gespannt, der Temperatur entsprechend. Ich gab Gynergen und Belladonna-Suppositorien. Vaginalexploration wurde natürlich unterlassen. Ich ließ das Kind nicht absetzen, da der jedenfalls auf Gonorrhoe zurückzuführende, im dritten Schwangerschaftsmonat entstandene und bei der Geburt wieder aufgeflackerte Adnexprozeß noch keine allgemeine Sepsis gesetzt hatte. Zwei Tage darauf starb das an und für sich gesund erscheinende Kind plötzlich, und nun macht mich der Kindesvater für den Tod desselben verantwortlich, weil ich nicht sofort das Kind abstillen ließ. Die Frau starb zwei Tage nach dem Kind, zuletzt jedenfalls mit allgemeiner Peritonitis. — War es wirklich ein Fehler, das Kind nicht sofort absetzen zu lassen? Wie lange darf sich die dabei beteiligte Hebamme nicht beruflich betätigen?

Dr. L. in M.

168. Kann mir ein einfaches Verfahren angegeben werden zur Bestimmung des Grundstoffwechsels bei Basedowkranken, auf Grund dessen man die Wirkung der Therapie beurteilen kann?

Dr. J. L. in H.

169. Zunehmende Abmagerung und Durstgefühl bei 30jährigem Landmann. 6% Zucker im Urin erhärten die Diagnose „Zuckerkrankheit“. Diätverordnung. Hartnäckige Koprostase veranlaßt zu Rektoskopie, welche einen malignen Dickdarmtumor aufdeckt. Anus praeternaturalis, danach Zucker verschwunden. Kann durch Koprostase Glykosurie entstehen? Dr. P. in H.

170. Welches ist die wirksamste Behandlung einer außerordentlich hochgradigen klimakterischen Fettsucht, die Mutter in gleichem Grade hatte und die hypophysären Typus besitzt? Dr. C. S. in G.

171. Welches Lehrbuch der Magen-Darmkrankheiten ist für den Praktiker geeignet? Rodaris Lehrbuch oder Adolf Schmidts Klinik der Darmkrankheiten? Dr. R. L. in J.

172. Ich behandle zwei Kinder (fünf und drei Jahre alt), deren Sprache sehr mangelhaft entwickelt ist. Sie sind geistig normal entwickelt, haben aber einen kleinen und unklaren Wortschatz. Obwohl sie keine Ohrerkrankungen durchgemacht haben, ist das Gehör herabgesetzt. Beide haben große Tonsillen. Bei einem wurden die Tonsillen entfernt, bis jetzt aber ohne sichtbare Wirkung. Dr. R. L. in J.

173. Meine Frau, 51 Jahre alt, bekommt an den Fingern Heberdensche Knoten. Zugleich Klimakteriumserscheinungen. Ich leide, 61 Jahre alt, an Arthritis der Fingergelenke; einzelne Gelenke auf Druck schmerzhaft, morgens in den Fingern Steifheitsgefühl. Meine Mutter litt auch daran, ihr Endstadium: Arthritis deformans. Ätiologie: Gicht. — Ich ließ mein Blut untersuchen. Nach viertägiger purinfreier Kost: normaler Befund. Ich glaube, beide Leiden beruhen auf Dyshormonie der endokrinen Drüsen. Durch medikamentöse oder thermale Behandlung sah ich in solchen

Fällen niemals eine Heilung, nur manchmal vorübergehende Besserung. Kann eine hormonale Behandlung helfen? Wie und in welcher Dosierung?
Dr. R. T. in W.

174. Gibt es in französischer oder englischer Sprache ein spezielles Buch über Fußkrankheiten, wie „Fuß und Bein" von Dr. G. J. Hohmann? Dr E. in Z.

175. Virgo, 52 Jahre, Kyphoskoliose. Ende Februar d. J. Dyspnoe und Dekompensationserscheinungen. Auf Digitalis geringe Reaktion, Puls bleibt auf 120 und ist zu Zeiten arhythmisch. Im April stellte sich zeitweiliges Erbrechen ein, das ich zuerst auf die Digitalis bezog. Doch blieb das Erbrechen auch nach Aussetzen jeder Medikation bestehen, zeitweise in großen Güssen tagelang, dann wieder einige Tage aussetzend, scheinbar abwechselnd mit reichlichem Auswurf durch Husten. Stuhl regelmäßig. Das zweite Hauptsymptom ist eine absolute Appetitlosigkeit, so daß nur einige Löffel Milch, Suppe oder gar nichts genommen wird. Zweimal kam bei Erbrechen ein kleinfingerdickes, 10 cm langes Milchgerinnsel heraus. Papaverin und Atropin (oral, subkutan und rektal) verschlimmerten das Erbrechen. Dr. A. B. in D.

176. Eine 43jährige Frau bekommt im vierten Schwangerschaftsmonat Schüttelfröste, starke Wehen und Blutabgang. Muttermund durchgängig, Entfernung der Frucht gelingt leicht digital. Die Plazenta ist dagegen total mit der vorderen Uteruswand verwachsen und läßt sich nur stückweise mit den Fingern abreißen. Da das Spülwasser immer noch blutig gefärbt ist, werden Scheide und Uterus mit Jodoformgaze tamponiert und Sekale injiziert. Nach Erwachen aus der Narkose Rückenschmerzen und erschwerte Atmung. Am nächsten Morgen hochgradige Zyanose, schwacher Puls, kein Fieber. Nach Entfernung der Tamponade keine Blutung, Gefühl der Erleichterung; bald darauf aber plötzlicher Exitus. Ich nehme Luftembolie an. Wie wäre diese zu vermeiden gewesen oder wie ist sie nachträglich zu behandeln? Literatur? Dr. N. in H.

177. 14jähriger, kräftig aussehender und gut genährter Junge zeigt im wachen Zustande keinerlei Abweichung von der Norm. Seit einigen Wochen leidet er an rätselhaften Schlafzuständen. Jeden zweiten bis dritten Vormittag kann er trotz ausgiebiger Nachtruhe von seiner Umgebung nicht aus dem Schlaf geweckt werden. Die Bulbi sind in diesem Zustande nach oben gerichtet, die Pupillen reagieren auf Lichteinfall; auf energisches Aufrütteln hin macht Patient Abwehrbewegungen mit Händen und Füßen. Wieder zu sich gekommen gegen Mittag erinnert er sich in keiner Weise des vorausgegangenen Zustandes. Er ist dann vollständig wach, zeigt keinerlei Müdigkeitserscheinungen und ist in psychischer Hinsicht wieder vollständig normal, freundlich gegen seine Umgebung, von der er liebevoll und gut behandelt wird. Beim Erwachen aus den Schlafzuständen ist ein starkes Zittern der gespreizt gehaltenen Finger, der erhoben gehaltenen Hände und an den Füßen zu beobachten. Auffallend ist noch der Heißhunger des jungen Patienten; er vertilgt unglaubliche Mengen Nahrung. Zungenbiß wurde nie beobachtet. Stuhluntersuchung auf Wurmeier negativ. Eine Aura geht dem Schlafzustand nicht voraus. Vater des Patienten stottert; sonst keine nervöse Belastung nachweisbar.
Dr. H. in H.

178. Bitte um Angabe der Therapie bei chronischer Laryngitis und Pharyngitis mit Schwellung der Stimmbänder, Heiserkeit, Trockenheit und hartnäckigem Husten. Patient gibt an, daß täglich morgens der Kehlkopf anschwillt, so daß er kaum atmen kann. Dr. R. L. in J.

179. 30jähriger Patient hat vor eineinhalb Jahren Typhus durchgemacht. Seit vier Monaten totaler Haarausfall am ganzen Körper.

Es fehlen volständig Kopf- und Barthaare, Augenbrauen, Zilien und Genitalbehaarung. Haarwässer und Salben, Höhensonne und Arsen ohne Erfolg. WaR negativ. Blutbild normal. Ätiologie? Therapie? Dr. F. in D.

180. Welche Werke eignen sich für den praktischen Arzt zum Studium der Homöopathie und Biochemie? Dr. M. in W.

181. Wer kann Auskunft geben über Literatur bezüglich Trinkkuren mit Schwefelwässern? Dr. E. R. in B.

Antworten.

Treppensteigen mit gestrecktem Standbein. Ich wurde schon vor vielen Jahren beim Treppensteigen dyspnoisch und bekam Herzklopfen, deshalb gewöhnte ich mir das Treppensteigen nach rückwärts an. Das geht jedoch nur auf gerade und gleichmäßig laufenden Treppen, aber nicht bei gewundenen und ungleichmäßig verteilten. Will man das einem herzkranken Patienten empfehlen, so muß er sich auch zuerst darauf einüben, sonst strauchelt man sehr leicht beim Rückwärtssteigen. Fragt mich jemand, ob das den Herzkranken empfohlene Rückwärtssteigen auf Treppen wirklich weniger ermüdend ist, so kann ich ihm ruhig mit ja antworten, und zwar aus folgendem Grunde: Weil man einfach nach rückwärts die Treppe viel langsamer hinaufsteigt. Der zweite Grund, daß der zu überwindende Luftwiderstand beim Rückwärtssteigen ein viel geringerer ist, scheint mir bloß von theoretischer Bedeutung zu sein. — Ich pflege aber auch von selbst öfter die Treppe so hinaufzusteigen, wie es kleine Kinder und schwache Personen tun, das heißt bloß mit einem Standbein, indem man immer nur mit dem andern Bein ausholt. Das ermüdet natürlich auch weniger, und ich verstehe das Steigen mit gestrecktem Standbein, wie es die Herren Kollegen Beer und neuerdings Stein empfehlen, eben in dieser Weise. Das machen schwache, alte Leute von selbst, sie holen auf den Treppen stets mit demselben Bein aus, wie ein Hemiplegiker. Diese Art Treppensteigen scheint mir auch deswegen weniger zu ermüden, da man zweimal so langsam geht als gewöhnlich, wenn man abwechselnd mit jedem Bein ausholt. Bei gestrecktem Standbein betritt man jede Treppe mit beiden Füßen, während man sonst jede Stufe nur mit einem Fuß berührt und deshalb mit doppelter Geschwindigkeit hinaufsteigt. So verstehe ich das Treppensteigen mit gestrecktem Standbein und möchte auch wissen, ob ich vielleicht im Irrtum bin. Dr. **Fels,** Lemberg.

Rotlauf — Behandlung. Unter dieser Aufschrift sind in einem Artikel in „Ars Medici" 1925, Seite 229 verschiedene Heilmethoden erwähnt, unter denen ich eine — die heiße Dunstbehandlung — vermisse, die sich mir bei einer mehr als 20jährigen Anwendung stets bewährt hat, und die nicht nur einfach und billig, sondern auch an allen Körperstellen — sonach auch im Gesicht, dem häufigsten Sitz des Erysipels, und dem behaarten Kopfe — anzuwenden ist und dabei nicht nur nicht schmerzt, wie die von Hütten (Gießen) empfohlene einkreisende Vereisung, auch keine pigmentierten Narben hinterläßt, sondern vielmehr wohltuend und augenscheinlich kupierend wirkt. Selbst in schweren und schon vorgeschrittenen Fällen sah ich binnen einer Woche das Erysipel abheilen. Ich lasse in heißes Wasser getauchte, ausgewundene Kompressen, so warm als sie zu erleiden sind, auflegen, alle drei bis fünf Minuten wechseln — morgens und abends eine halbe, mittags eine ganze Stunde lang (entsprechend der Kochzeit) — und nach deren Applikation 5% Karbolöl einpinseln. Früher ließ ich statt diesem 10% Ichthyolkollodium einpinseln, verwende dies aber jetzt nur mehr in schweren oder protrahierten Fällen. Dabei lasse ich innerlich dreimal täglich 0.1 bis 0.2 g Chinin. hydrochlor. nehmen. Selbstverständlich

Fieberdiät. Erst jüngst sah ich einen nach einem Hautritzer aufgetretenen Schweinerotlauf am Vorderarme eines Fleischerlehrlings, der vorher mit Burowumschlägen, Abbinden des Armes u. dgl. erfolglos behandelt worden war, nach meinem Heilverfahren binnen fünf Tagen gänzlich schwinden.

Med.-Rat J. **Uiberall**, Kirchberg a. W.

Ad 61. Kontraindikation des Morphins bei diphtherischer Laryngitis. Es ist heute bereits Gemeingut der Ärzte, bei unklaren Schmerzphänomenen, insbesondere des Magendarmkanales, von der Anwendung des Opiums bzw. des Morphins keinen Gebrauch zu machen, da das Krankheitsbild nach der Anwendung derselben durch eine eventuell eintretende Euphorie verschleiert, mithin ein falsches Gefühl der Beruhigung bezüglich der Prognose erweckt und der notwendige Zeitpunkt zu einem chirurgischen Eingriff oft versäumt wird. Ein Analogon zu den für den Magendarmkanal geltenden Prinzipien stellen die oberen Luftwege, insbesondere der Larynx und die Trachea, dar. Durch die Anwendung des Morphiums wird zwar eine hochgradige Atemnot beseitigt und eine subjektive Besserung herbeigeführt, aber hiedurch sehr leicht der richtige Zeitpunkt zur Ausführung einer Tracheotomie, bzw. Intubation verpaßt. Durch die Herabsetzung der Reflexe in den oberen Luftwegen kann durch eventuell sich ansammelnde Schleimmassen, bzw. durch eine abgelöste kruppöse Membran eine Verlegung des Aditus ad laryngem erfolgen und ein plötzlicher Exitus durch Suffokation resultieren. Trotz der durch die Anwendung des Diphtherieheilserums erzielbaren glänzenden Erfolge muß doch mit der Möglichkeit einer hinzutretenden Larynxstenose, insbesondere in den ersten zwei bis drei Tagen, gerechnet werden. Es ist deshalb auf die Symptome einer eventuellen laryngealen Dyspnoe mit Aspirationssymptomen in den unteren Thoraxpartien, welche eine Indikation zu einer Tracheotomie, respektive Intubation darstellen, zu achten.

Dr. E. **Kapelusch**, Wien.

Ad 62. „Wintersonne.“ Ich benütze seit längerer Zeit eine solche (allerdings nicht von der Firma Mayer, kenne aber diese auch). Sie hat sich mir bewährt als Ergänzungswärmequelle bei der Bestrahlung mit künstlicher Höhensonne, ferner zur Erzielung von Hyperämie bei Gehörgangsfurunkeln, in der lokalen Behandlung von Rheumatismus, Neuritiden sowie als bequeme Wärmequelle bei Untersuchungen in kühlem Zimmer. Irgendeine spezifische Wirkung ist dem Apparat aber sicher nicht zuzuschreiben. Ich weise noch darauf hin, daß man durch Auswechseln der Heizspindel gegen eine Glühbirne eine intensive Lichtquelle (z. B. für Augen- und Ohrspiegelung) erhält. Ebenso kann durch entsprechende Birnen Rot- und Blaulicht appliziert werden. (Die Methodik und Wirkung entspricht ganz der Sollux-Lampe der Firma Hanau. — Die Red.)

Dr. **Atzler**. Zülz (O. S.).

Ad 105. Alkoholismus. Versuchen Sie „Polveri Fauma“ (Fauma-Pulver), ein vorzügliches und mit Erfolg gebrauchtes Mittel.

Apotheker **Manzoni**, Triest.

Ad 105. Die Einfuhr und der Vertrieb des von Herrn Med.-Rat Dr. H. Beer (Wien) empfohlenen („Ars Medici“ 1925, S. 304) Cozapulvers ist mit Erlaß des Min. d. I. vom 20. Oktober 1910, RGBl. Nr. 191, in Österreich verboten.

Dr. R. **Mosaner**, Lienz.

Ad 105. Das Cozapulver (gegen Trunksucht) ist leider ein arger Schwindel und wurde auch das Coza-Institut seinerzeit als eine Schwindelfirma gebrandmarkt. Das sogenannte Mittel besteht aus einer Zusammensetzung von Rhiz. Calami. pulv., Rad. Gentian. pulv. und Natr. bicarbon. Wert: 40 bis 50 cts. Preis 15 bis 20 Franken.

Apotheker D. **Müller**, Lyss (Schweiz).

Ad 111. Klimakterium und Konzeption. Diese Frage ist schwer zu beantworten; doch habe ich gesehen, daß eine Verwandte von mir, welche

im Alter von 45 Jahren die Menstruation verlor, doch mit 51 Jahren einen gesunden Knaben gebar. Dr. E. **Heikkeli,** Lappenranta (Finnland).

Ad 113. Das Vitalipon von Dr. Schär (Zürich) wird von mir bei Schwächezuständen aller Art (Überarbeitung, Rekonvaleszenz usw.) schon lange mit gutem Erfolg verwendet. Das Vitalipon ist ein Lipoid-Vitamin-Präparat und wird subkutan gegeben, meist täglich eine Injektion in Serien von 10 bis 20 bis 30 Ampullen. Dr. J. **Schwenter,** Bern.

Ad 117. Bronchialasthma. Rp: Kalii jodat., Natr. jodat. ana 10, Ammon. jodat. 5, Natr. bicarbon. 30, Aqu. ad 400. M. D. S. Dreimal täglich 20 cm^3. Mindestens einen Monat fortzusetzen. Jod-Nebenwirkungen sind ja möglich, dann mehr Natr. bicarbon.

Dr. E. **Heikkeli,** Lappenrante (Finnland).

Ad 123. Die Rotfärbung des Harnes nach Zusatz von Nylanders Reagens wird höchstwahrscheinlich dadurch bedingt sein, daß Patient entweder ein Chrysophansäure enthaltendes Abführmittel oder Santonin eingenommen hatte. Auf Zusatz von offizineller Kalilauge müßte die Reaktion dann auch eintreten. Dr. J. **Bamberger,** Bad Kissingen.

Ad 126. Angina abdominalis behandelt ausführlich: Ortner „Zur Klinik der Angiosklerose der Darmarterien", Volkmanns Sammlung Nr. 347.

Dr. J. **Bamberger,** Bad Kissingen.

Ad 126. Die Angina abdominalis ist zurückzuführen auf Sklerosen im Gebiete der Mesenterialgefäße, wird nach Ortner auch als Dyspraxia intermittens angiosclerotica abdominalis bezeichnet und gehört zur Gruppe der Gefäßkrisen nach Pal. Die Krankheit äußert sich in Anfällen von heftigem, kolikartigem, meist nachts auftretendem Leibschmerz, verbunden mit Meteorismus, Aufstoßen, Übelkeit und manchmal auch Erbrechen. Der Puls ist klein, oft unregelmäßig, das Gesicht blaß; die Extremitäten sind kühl; kalter Schweiß stellt sich ein, Vernichtungsgefühl und Todesangst. Die Ursache dieses schweren Krankheitsbildes ist ein angiospastischer Zustand der Darmarterien. — Im Anfalle selbst helfen nur Narkotika, z. B. Suppositorien aus Extract. Belladonna 0.03 und Morphin. mur. 0.015. Demnächst gilt es, die Zirkulationsverhältnisse zu regeln. Da gewöhnlich eine vermehrte Blutansammlung im Abdomen und oft auch Herzschwäche vorliegt, so gibt man auch bei hohem Blutdruck gern Digitalis, am besten in Verbindung mit Diuretin. Manchmal wirkt ein Aderlaß günstig. Der Stuhlgang ist zu regeln, das Rauchen gänzlich zu verbieten. Leichte körperliche Betätigung (Spazierengehen!) und Mäßigkeit im Essen und Trinken sind ebenfalls von Wichtigkeit. (Vgl.: K. Walks (Prag): „Die Arteriosklerose der Bauchgefäße", Therapie der Gegenwart 1923, H. 12.) Außerdem kann ich aus eigener Erfahrung die krampflösende Wirkung der Diathermie gegen diese angiospastischen Anfälle warm empfehlen. (Bauchplatte 200 bis 300 cm^2; Stromstärke 1.5 Ampère; Dauer eine halbe Stunde, dreimal wöchentlich.) Mit dieser Behandlung habe ich stets Erfolge erzielt.

Dr. **Agerley,** Augustenborg (Dänemark).

Ad 126. Es treten bei Arteriosklerose des Splanchnikusgebietes zeitweise Koliken auf, die analog der Dysbasia angiosclerotica intermittens, dem intermittierenden Hinken, dann analog der Angina pectoris, die gleichfalls durch eine erhöhte Inanspruchnahme des Organs zeitweise ausgelöst wird — als Anfälle von Angina abdominalis oder Dyspragia abdominalis angiosclerotica intermittens bezeichnet werden. Es sind gewöhnlich nach einer unvorsichtigen Mahlzeit auftretende fürchterliche Bauchkrämpfe, mit Angstgefühlen verbunden. Die Bauchtätigkeit scheint dabei vollkommen unterbunden zu sein, kein Ruktus, kein Flatus. Regelmäßig ist der Kranke im fünften und sechsten Lebensdezennium. Die Anfälle treten mehr bei Tag auf, die Gallensteinanfälle mehr bei Nacht. Bei Angina abdominalis ver-

spürt Patient eine Erleichterung, wenn er herumgeht, bei Gallensteinkolik in der Ruhe. Therapie im Anfalle: Morphininjektion, Opiumtinktur, dann Kamillentee warm (einen Eßlöffel auf drei Tassen). Therapie im freien Intervall: Abführmittel; am Morgen nüchtern einen Becher Mühlbrunn, mäßig erwärmt, plus ½ g reinen Theobromins. Diät, Diuretin, Jod. Seit etwa 15 Jahren ist das Krankheitsbild allgemein bekannt. Prof. Wiesel beschreibt es in der Wiener med. Wochenschrift vom 19. Mai 1914. Es dürfte gegenwärtig auch in den Lehrbüchern zu finden sein. Lesen Sie Max Herz: „Herzkrankheiten", Seite 256, Verlag Perles, Wien, 1912.

Oberstabsarzt Dr. **Egyed**, Brasov.

Ad 129. Herpes zoster. In letzter Zeit las ich in der Literatur über guten Erfolg von Hypophysenpräparaten (Pituitrin, Pituglandol usw.) intramuskulär bei Herpes zoster. Ich habe Pituglandol bei Herpes zoster angewandt und war erstaunt über die prompte Wirkung sowohl auf die Bläschen wie auch auf die Schmerzen. Dr. F. **Orland**, Wesseling (Rhein).

Ad 133. Ein probates Mittel gegen Schnarchen ist folgendes: Man hält dem Schnarcher einen in kaltes Wasser getauchten Schwamm auf den Mund, worauf sofort Ruhe entsteht, welche gewöhnlich auch nachtsüber anhält. Oder auch: Das leiseste Berühren des Kehlkopfes bewirkt sofortiges Verstummen. Bakteriologe **Lipp**, München-Neubiberg.

Ad 134. Eiweißmilch bei Dysenterie. Den günstigsten Nährboden für Ruhrbazillen gibt anscheinend der Milchzucker. Zur Behandlung der Dysenterie nehme ich immer Eiweißmilch (Töpfer Trockenmilch). Bei der Dysenterie des Säuglings und Kleinkindes entstehen genau wie bei parenteralen Infektionen auch die gleichen Bilder der Dyspepsie und Intoxikation. Ich halte die beschriebenen Intoxikationserscheinungen weniger bedingt durch die Dysenterie an sich als durch die durch die Dysenterie bedingte Ernährungsstörung. Im Darm tritt eine andere Bakterienflora auf als normaliter, einerlei, ob die Ernährungsstörung ex alimentatione, parenteral oder enteral (hier durch die Dysenterie) bedingt ist. Es ist ja bekannt, daß die Eiweißmilch auch reine, ex alimentatione hervorgerufene Ernährungsstörungen nicht schlagartig beseitigt. Ich behandle die Dysenterie folgendermaßen. Durch Sonde wird 4% Yatren-Normosallösung in den Magen gespritzt (vier- bis sechsmal täglich 5 bis 10 cm³). Dann als Nahrung am ersten Tage vier- bis fünfmal 10% Reisschleim mit 3-, höchstens 5% Nährzucker, am zweiten Tage abwechselnd 10% Reisschleim mit 4 bis 5% Nährzucker und Eiweißmilch mit 3 bis 5% Nährzucker (bei der Töpferschen Eiweißmilch nicht mit zwei Teilen Wasser, sondern 1:1 verdünnt). Dann jeden zweiten Tag bis täglich eine Reisschleimmahlzeit durch Eiweißmilch mit steigenden Kohlehydratmengen ersetzt. Die Gefahr bei Dysenterie liegt in der Unterernährung und nicht in einer kompletten dem Bedürfnis entsprechenden Nahrung. Serum halte ich für wertlos. Dr. **Buschmann**, Bleialf (Eifel).

Ad 135. Hg-Intoxikation. Da es sich um eine eklatante Hg-Intoxikation durch intravenöse Injektion handelt, so ist, wiewohl momentan keine schwereren Symptome der Toxikose beobachtet wurden, in Hinkunft auf die Niere zu achten; Auftreten einer Sublimatniere möglich. Ich sah einmal Exitus letalis nach einer einzigen Injektion (intramuskulär) von Hg. bichlorat. corrosiv. (Sublimatinjektion 1‰) wegen Lues maligna, wo sich damals zuerst ähnliche Symptome zeigten. Es trat zunächst Oligurie, dann Anurie auf; der Exitus letalis erfolgte eine Woche post injectionem. Daher strenge Beobachtung der Nierenfunktion. Therapie wie bei schwerster Nephrose. Da Hg. corros. etwa 74% Hg enthält, Hg oxycyan. nicht viel weniger besitzt, aber nicht so stark eiweißfällend ist, so ist bei dieser großen Gabe die Prognose sicher dubios zu stellen. Dr. L. **Isler**, Wien.

Ad 137. Quartalsäufer. Die Dipsomanie ist charakterisiert durch zwangsmäßig auftretende Unlustgefühle, zu deren Beseitigung der „Süchtige“ Alkohol nimmt, um diesem quälenden Zustande zu entgehen. Die Anstaltsbehandlung kennt diese Form genau und unterdrückt diese depressiven Zustände durch große Dosen von Brom. Es wäre daher angezeigt, da Anstaltsbehandlung unmöglich erscheint, in den Stadien, wo die nähere Umgebung merkt, „es geht etwas vor“, große Bromdosen 5 bis 8 bis 10 g pro die zu geben, eventuell in Kombination mit dem souveränen Schlafmittel: Paraldehyd 4 bis 6 g pro dosi. Es schwinden in kurzer Zeit die Unlustgefühle und damit der Anlaß zum „Heilmittel Alkohol“.

Dr. L. **Isler,** Wien.

Ad 139. Nächtliche Rückenschmerzen. Schmerzen zur angegebenen Zeit, im Rücken, bei Bauchlage schwindend, tagsüber nicht auftretend, beobachte ich an mir selbst seit frühester Jugend als Hungerschmerzen. Symptomatisch: Ein Stück trockenes altes Hausbrot mit ins Bett. Prophylaktisch: Kein Fett, keine Milch, keinen Zucker, kein Weißgebäck und Milchkaffee. Dr. **Tschuschner,** Rattimau.

Ad 141. Altersheim für den Mittelstand, Wien XIII., Hütteldorferstraße 55. Frau Klara Reißberg. Dr. H. **Beer,** Wien.

Ad 142. Harnstoffbestimmung. Der Harnstoff ist das Endprodukt der Oxydationsvorgänge des mit der Nahrung aufgenommenen Stickstoffes, seine Formel $Co(NH_2)_2$. So wichtig dessen Bedeutung für den Physiologen ist, so scheiterte die Verwertung seiner Mengenbestimmung zu diagnostischen Zwecken seitens des vielbeschäftigten praktischen Arztes an der Umständlichkeit der Prüfungsmethoden. Normalerweise macht der Harnstoff 2 bis 3% der Gesamtmenge des Urins aus; die Quantität des pro die entleerten Harnstoffes beträgt etwa 22 bis 30 g. Kinder produzieren weniger; die Menge nimmt mit dem Alter zu. Außerdem kommen in der Ausscheidungsmenge des Harnstoffes vielfache Schwankungen vor. Sie können sein physiologischer Natur, bedingt durch die Beschaffenheit der Nahrung. Mit der Menge der zugeführten eiweißhältigen Nahrungsmittel steigt der Harnstoffgehalt; er vermindert sich bei N-freien Speisen und beim Hungern. Pathologisch findet eine Steigerung statt bei allen Krankheiten, bei denen es sich um eine Vermehrung des Eiweißgehaltes handelt, z. B. bei febrilen Zuständen, bei Diabetes, bis 100 g und mehr pro die (jedoch in schwereren Fällen auch das Gegenteil!), bei vielen Vergiftungen. Eine Verminderung findet statt bei Nephritis (gerade bei Nierenkrankheiten wäre die Harnstoffbestimmung besonders wichtig; s. Münchner med. Wschr. 1914, Nr. 1, S. 44). Eine zu zwei Drittel zerstörte Niere gibt 2 bis 3 g, eine zur Hälfte zerstörte 5 bis 6 g, eine gesunde, wie schon gesagt, zirka 20 bis 30 g; ferner bei Lebererkrankungen, insbesondere bei der akuten gelben Leberatrophie (die Leber dürfte wohl als die Bildungsstätte des Harnstoffes zu betrachten sein); sodann bei verschiedenen nervösen Störungen (Epilepsie, hochgradiger Demenz, Hysterie). Eine plötzliche Verringerung stellt sich vor Einsetzen des Coma diabeticum ein; die Gefahr für den Zuckerkranken liegt in der Verminderung der Harnstoffausfuhr! — Eine qualitative Schätzung kann durch die Bestimmung des spezifischen Gewichtes erfolgen, indem spezifisches Gewicht 1014 etwa 1%, spezifisches Gewicht 1014 bis 1020 etwa 1½%, spezifisches Gewicht 1020 bis 1024 etwa 2 bis 2½%, spezifisches Gewicht 1024 bis 1028 etwa 3% Harnstoff entsprechen. Zur approximativen quantitativen Bestimmung des Harnstoffes (und Harnzuckers) empfehle ich einen diesbezüglichen durch das Med. Warenhaus Berlin erhältlichen Apparat, auf den Oberapotheker Dr. Weiss in der Münch. med. Wschr. 1915, Nr. 31 hingewiesen hat. Recht brauchbar ist der Apparat zur Harnstoffbestimmung nach E. Riegler

(erhältlich bei Paul Altmann, Berlin NW 6). Ich betone jedoch nochmals, daß alle diese Methoden keinen Anspruch auf absolute Genauigkeit machen; zur raschen Orientierung genügen sie jedoch vollkommen. Wesentlich genauer ist die Harnstoffbestimmung mittels des Autenrietschen Kolorimeters. Immerhin sind die geeichten Keile ziemlich kostspielig, so daß diese kolorimetrischen Bestimmungen in der Regel nur in gut eingerichteten Laboratorien Verwendung finden. Hand in Hand mit der Harnstoffbestimmung soll die Untersuchung des Blutes auf Reststickstoff gehen. Auch dazu wurde bislang eine große Laboratoriumeinrichtung gefordert. Um so erfreulicher für den Praktiker ist das von Weltmann und Barrenscheen (Klin. Wschr. Nr. 22, 1922; vgl. auch „Ars Medici" 1922, S. 410) angegebene einfache Verfahren zur Abschätzung des Reststickstoffes: Das Blutserum wird mit 20%iger Trichloressigsäure enteiweißt; 1 cm^3 des Filtrates wird mit zwei Tropfen des Ehrlichschen Aldehydreagens versetzt. Tritt Gelbgrünfärbung ein, so überschreitet der Reststickstoffgehalt 36 bis 40 mg und ist daher krankhaft vermehrt. Die Grenzwerte sind durch eine eben angedeutete Gelbgrünfärbung charakterisiert. Bakteriologe **Lipp**, Neubiberg bei München.

Ad 143. Zurückgebliebenes Kind. Dr. Kahlbaums ärztliches Pädagogium Görlitz, Schlesien, Deutschland; Lehr- und Erziehungsanstalt für geistig zurückgebliebene Kinder in Perchtolsdorf bei Wien.

Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 144. Anämie und Basedow. Liegt eine wirkliche Anämie vor, so rate ich zu Fermettae (Chem. Fabrik Promonta, Hamburg; „Ars Medici" 1925, S. 210). Um die Fettleibigkeit zu beheben, rate ich zu einem Versuch mit Praephyson (Wolf, Hamburg). Dr. **Buschmann**, Bleialf (Eifel).

Ad 145. Appetitlosigkeit bei einem neunmonatlichen Kinde. Ich rate Ihnen, auch wenn keine Anzeichen einer Rachitis vorliegen, eine Hormokutankur durchzuführen. Ich habe in ähnlichen Fällen damit sehr gute Erfolge gehabt. Ferner Vitaminstoffe (Tomaten, Apfelsinensaft). Sie können die Hormonsalbe selbst herstellen lassen, je frischer desto besser die Wirkung. Rp: Hormon (Pituglandol, Thymoglandol, Ovoglandol), Eucerin ana 1.0. — Täglich abwechselnd einreiben, bis keine Salbenreste mehr zu sehen sind (10 bis 15 Minuten). Dr. **Buschmann**, Bleialf (Eifel).

Ad 146. Anfälle bei Zystizerkus. Es käme in der Hauptsache wohl operative Behandlung in Frage; speziell wenn, was nach der Schilderung denkbar wäre, der Hauptsitz die motorische Region oder deren nächste Umgebung ist, wäre operative Entfernung vielleicht möglich und von Nutzen, wenn auch freilich wahrscheinlich nur symptomatisch und vorübergehend, schon wegen der so häufigen Vielheit der Lokalisation. Mehrere Autoren haben — bei entsprechender Lokalisation — Punktion des vierten Ventrikels versucht. Auch Röntgenbestrahlung wurde empfohlen. Oppenheim berichtet von einem Falle von Spontanheilung einer vieljährigen Zystizerken-Epilepsie. Es ist übrigens geboten, den oben angedeuteten eingreifenden therapeutischen Methoden nur nach vorheriger eingehender neurologischer und chirurgischer Untersuchung durch besonders gewiegte Fachärzte nahezutreten. Prof. Dr. E. **Stransky**, Wien.

Ad 147. Kindliche Onanie. Lassen Sie an die Ärmel des Nachthemdes Fäustlinge annähen, dann kann das Kind mit den Fingern nicht mehr an die Vulva heran. Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 148. Die Jodbehandlung chirurgischer Tuberkulose nach Hotz findet immer mehr und mehr Anhänger; sie ist nicht nur für Erwachsene brauchbar, sondern kann anstandslos auch bei Kindern angewandt werden, vorausgesetzt, daß keine Jodidiosynkrasie vorhanden ist, worauf man sehr zu achten hat. Sie werden deshalb gut tun, einen kleinen Bezirk des

Stammes mit einer 10%igen Jodtinktur zu bepinseln, eventuell nach zwei Tagen Wiederholung. Wird das gut vertragen, so kann man annehmen, daß keine Jodidiosynkrasie besteht. Bei dem fünfjährigen Kinde würde ich vorschlagen, eine Lösung von Jodoform in Oleum Dericini (10%ig) 45.0; — Tinct. jodi (10%) 5.0 zu injizieren; Oleum Dericini wirkt weniger schmerzhaft als Glyzerin und wird bei der intramuskulären Injektion besser resorbiert. Es ist ein aus dem Rizinus gewonnenes Präparat, das auch unter dem Namen Floricin bekannt ist; Hersteller ist Dr. H. Nördlinger, chem. Fabrik Flörsheim a. M. Sie werden wohl am besten mit 0.5 beginnen und in sechstägigen Intervallen steigend bis zu 1.5 intraglutäal einspritzen; drei Tage nach der Einspritzung abwechselnd einen Bezirk von 10 cm^2 des Stammes mit 10%iger Jodtinktur einpinseln. Ist der Erfolg nach sechs Einspritzungen noch nicht erzielt, so ist eine mindestens vierwöchentliche Pause zu machen; in dieser Zeit würde eine perorale Kalziumgabe wohl unterstützend wirken. Nach der Pause ist die Kur wie oben angegeben zu wiederholen. Eine weitere Unterstützung für das Allgemeinbefinden des Kindes wäre eine mehrwöchentliche Eatankur (Eatinonwerke München), auch das vitaminreiche Hygiama sollte morgens und abends zur Milch gegeben werden. Dr. **Linnekogel**, Pforzheim.

Ad 149. Foetor ex ore. Mandelpfröpfe, Adenoide im Nasenrachenraum? Nebenhöhleneiterungen? Dr. F. **Orland**, Wesseling (Rhein).

Ad 149. Ursache oft Tonsillitis chronica. Therapie in diesem Falle Tonsillektomie. Manchmal Ursache abnorme Digestion, dann Therapie: Carbenzymtabletten (durch Kohle absorbiertes Trypsin), drei bis sechs Stück täglich; oder Magnesiumperhydroltabletten dreimal zwei Stück täglich nach den Mahlzeiten; eventuell vegetarische Diät, da bei Aussetzen der Fleischkost der Foetor oft aufhört. Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 149. Foetor ex ore bei scheinbar gesunden Leuten hat nicht selten eine skrophulöse Dyskrasie als ursächliches Moment. Dr. Pröll (Nizza) befreite ein Fräulein aus hochgestellter Familie, — sonstige krankhafte Erscheinungen waren nicht wahrzunehmen — von dem höchst widerlichen Mundgeruch mit Aurum metall. (10. Dez. Verd.) innerhalb vier Wochen. Üb len Mundgeruch haben abgesehen von schlechten Zähnen, Mund- und Rachenkatarrhe, Mund- und Rachengeschwüre im Gefolge; zuweilen ist foetor ex ore ein nicht zu unterschätzendes Alarmzeichen für ein latentes Leiden, welches von der Lunge, dem Magen oder dem Unterleibe ausgeht. Die gebräuchlichen Mittel, wie Holzkohlenpulver, übermangansaures Kali usw. haben vorübergehenden Wert. Ich empfehle gegebenenfalls mein Mundwasser Nr. 102, das völlig frei von schädlichen Bestandteilen (Salol usw.) neben seiner hohen desinfizierenden Eigenschaft wegen seines Gehaltes an feinsten ätherischen Ölen nicht nur desodoriert, sondern den lästigen foetor ex ore umwandelt in odorem suavitatis mit langdauernder Wirkung. Bakteriologe **Lipp**, München bei Neubiberg.

Ad 150. Keuchhusten. Weder die ätiologisch-spezifische Behandlung des Keuchhustens mit abgetöteten Bordet-Gengouschen Bazillen noch die Verwendung des durch Erhitzen avirulent gemachten Sputums (nach R. Kraus) noch serotherapeutische Versuche haben bisher verläßliche Erfolge erwiesen. Es bleibt demnach die symptomatische Therapie in ihren Rechten, ohne allerdings immer zu befriedigen. Es kommen Antispasmodika, Belladonna und ihre Derivate (Atropin), Brom, Veronal, Luminal, Chinin und ähnliche (Aristochin, Euchinin, beide geschmacklos), Antipyrin, Pertussin, Droserin und viele andere in Betracht. Auch Inhalationspräparate leisten manchmal Gutes. Von der großen Reihe von Präparaten hat jedes seine Anhänger. Auch zeigt der Wechsel der Mittel meist Erfolg. In neuerer Zeit erfreut sich Bestrahlung mit der Quarzlampe guten Rufes. Das wichtigste

Medikament ist frische Luft: auch nachts offenes Fenster! Außerordentlich zugänglich ist die Pertussis, besonders nach der dritten Woche, psychischer Beeinflussung. Die Ansteckungsgefahr erlischt wahrscheinlich nach der sechsten Woche; auch Säuglinge sind empfänglich. Erwachsene, die mit keuchhustenkranken Kindern in Kontakt kommen, können infiziert werden, eine äußerst mitigierte, fast unkenntliche klinische Form der Krankheit bieten und andere Kinder infizieren. So wird mitunter eine Übertragung durch gesunde Zwischenglieder auf Dritte vorgetäuscht.

Dozent Dr. R. **Neurath,** Wien.

Ad 150. Bei Pertussis meines Kindes war ich sehr zufrieden mit der Darreichung von Dicodid nach den Angaben des Bonner Kinderarztes Dr. Kaupe. Ferner Drosithym oder Thymipin sowie Expektorantien (Liqu. ammon. anis. und Ipecac.). Aufenthalt in freier Luft, Höhensonne. Auch Versuch mit dem Reiztherapie-Einreibmittel „Dermaprotin" (Laboratorium Rosenberg, Freiburg i. Breisgau). Dr. F. **Orland,** Wesseling (Rhein).

Ad 150. Als eines der wirksamsten Präparate bei der Behandlung des Keuchhustens habe ich das Drosithym (Ysat-Fabrik Bürger in Wernigerode a. H.) kennen und schätzen gelernt. Von 34 so behandelten Fällen wurden 23 in durchschnittlich drei Wochen zur Heilung gebracht. Die Dosierung ist: zweimal täglich ein bis sechs Tropfen (je nach dem Alter) auf leeren Magen. Dr. H. **Kahleyss,** Königsaue.

Ad 151. Aderlaß. Saugapparate dürften wohl kaum in Betracht kommen. Je dünner die Nadel, um so schwieriger die Punktion der Vene und um so leichter Verstopfung, um so geringer die Menge des Blutes. Ich benutze zu Aderlässen und Venenpunktionen nur noch das mit einem Finger zu lösende Kompressorium der Firma Braun in Melsungen (Holzröllchen mit Gurt) und die Punktionskanüle für Venen nach Mendlowicz, die man an das Glas anklemmen kann und bei der man weder den Patienten noch seine eigenen Finger beschmutzt. Dabei keine Spritze oder sonstiges Sauggerät. Dr. F. **Orland,** Wesseling (Rhein).

Ad 151. Aderlässe von 200 bis 300 cm³ mit einer dünnen Nadel und Saugapparat machen zu wollen, ist eine mühevolle und dabei langweilige Arbeit. Geringere Blutmengen (10 bis 20 cm³), wie selbe zur Eigenblutbehandlung bei Urtikaria usw. benötigt werden, lassen sich leicht mit dünner Kanüle und Rekordspritze gewinnen, wenn man durch Kanüle und Spritze vorher einen Tropfen sterilen Vaselinöls hindurchbläst — dadurch wird das Haften des etwa gerinnenden Blutes an den Wänden der Instrumente verhindert. Größere Aderlässe lassen sich zweckmäßig nur mit langen Kanülen mit weitem Lumen, ebenfalls mit Vaselinöl durchgespritzt, ohne Saugapparat, nur mit Stauungsbinde machen, wodurch leicht und schnell beliebig große Blutmengen abgelassen werden können. Dr. **Löblowitz,** Olmütz.

Ad 152. Vitiligo. Der Prozeß der Vitiligo ist in seinem Wesen unbeeinflußbar. Um die Differenz in der Hautfärbung auszugleichen, empfiehlt sich die Deckung mit Puder oder etwas Schminke.

Prof. Dr. G. **Scherber,** Wien.

Ad 153. Magenkrämpfe und Obstipation. Ihrer Schilderung nach, die allerdings bloß die Anamnese des Falles und nicht die geringste Angabe über den objektiven Befund enthält, ist die Diagnose einer funktionellen Neurose am wahrscheinlichsten. Tetanie, Erosion, idiopathischer Cardiospasmus höchst unwahrscheinlich. Ist die Diagnose Neurose richtig, dann ist der Zustand psychotherapeutisch leicht zu beheben — allerdings nicht durch den Gatten. Versuchen Sie, wenn zweckmäßige Psychotherapie nicht durchführbar, Afenil intravenös. Dozent Dr. Jul. **Bauer,** Wien.

Ad 153. Es scheint doch wohl eine funktionelle Erkrankung vorzuliegen. Behandlung durch guten Psychotherapeuten. Eventuell auch Emul-

sion von Anästhesin in Olivenöl langsam stündlich teelöffelweise schlucken lassen. Dr. F. **Orland**, Wesseling (Rhein).

Ad 153. Nach Ihrer Schilderung scheint es sich um eine spastische Obstipation auf nervöser Grundlage zu handeln. Das Gefühl eines Fremdkörpers in der Speiseröhre (globus hystericus), Krämpfe der Speiseröhre und die Anamnese sprechen dafür. Versuchen Sie es mit Brom, Psychotherapie und Regelung des Stuhlganges, eventuell mit 20 Tropfen Opiumtinktur nach dem Frühstück zur Behebung des Darmspasmus.

Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 153. Im Anschlusse an eine an und für sich unbedeutende Schädigung des Magen-Darmtraktes (nach Genuß eines Glases ungegorenen Weines mit nachfolgender Urtikaria) trat eine schwere Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens auf, deren einzeln geschilderten Symptome den Stempel der psychogenen Affektion tragen. Schon der Umstand, daß aus F u r c h t keine Nahrungsaufnahme erfolgt, daher eine starke Abmagerung bis zu 15 kg resultiert, daß infolge der verminderten Nahrungsmenge geringer Stuhlgang erfolgt, daß bei jeder Bewegung „große Schmerzen im Leibe" entstehen, spricht für affektbetonte Unlustvorstellungen, in deren Gefolge sich das erwähnte Symptomenbild einstellt. Wenn eine genaue organische Magen-Darmuntersuchung (Röntgenbefund usw.) nichts Positives ergeben sollte, so wäre nur Suggestiv-, bzw. Hydrotherapie am Platze. (Siehe Sahli „Hysterie", Schweiz. med. Wschr. Nr. 1, 1923.) Dr. L. **Isler**, Wien.

Ad 153. Die Beschwerden Ihrer Frau beruhen auf tonischen Störungen des Sympathikus und Vagus, die meist bedingt sind durch Dysfunktion der endokrinen Drüsen. Sie treten auf im Klimakterium, nach Geburten und bei Dysmenorrhoe. Die Krämpfe des Magens und der Speiseröhre habe ich öfters bei schweren Obstipationen, die mit nervösen Störungen oft zusammengehen, beobachtet. Ich habe wiederholt mit glänzendem Erfolg das Stuhlregelungsmittel Normacol (C. A. F. Kahlbaum, Chem. Fabrik, Berlin-Adlershof) verwendet. Die allgemein nervösen Symptome werden günstig beeinflußt durch Sanocalcin (Goedecke & Co., Chem. Fabrik, Leipzig und Berlin N 4) in Tabletten oder subkutaner Verwendung. Daneben verwendet man mit gutem Erfolg Ovobrol (Chemische Werke Grenzach, Berlin SW 48) oder Ovaraden-Tabletten (Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.). Einen günstigen Einfluß üben auch Bestrahlungen mit künstlicher Höhensonne aus Zuweilen verursachen die Ovarialextrakte Magenbeschwerden, besonders solange die Darmtätigkeit gestört ist. Mit langsamer Angewöhnung kommt man manchmal zum Ziel. Werden die Ovarialextrakte auch dann nicht ohne Schmerzen vertragen, so ist Bromtropon in Tablettenform (Troponwerke) zu empfehlen, das kräftigend und nervenberuhigend wirkt. Die volle Genesung ist abhängig von dem allgemeinen Gesundheitszustand. Ich sah volle Heilung nach vier Wochen bis dreiviertel Jahren.

Dr. Julie **Bender**, Frankfurt a. M.

Ad 153. Es unterliegt keinem Zweifel, daß eine alimentäre Intoxikation als ätiologischer Faktor der geschilderten schweren Erkrankung zugrundeliegt. Im unmittelbaren Anschluß an den Genuß nicht vollkommen ausgegorenen Weines traten Urtikaria, Parästhesien in der Speiseröhre, intensive Kolikanfälle im ganzen Verdauungstrakt auf. Die beachtenswerte und naheliegende Frage, ob neben Fermentwirkungen auch anorganische Giftstoffe (wie Bleizucker usw.) für die verdächtigen klinischen Erscheinungen verantwortlich zu machen wären, kann durch analytische Untersuchungsbefunde im Magendarminhalt, Urin und Blut gelöst und dann das Krankheitsbild erst richtig beurteilt werden. Blei- und Zinkvergiftungen durch Genuß von noch gärenden Weinen, besonders Obstwein u. dgl., die in Pressen mit Bleibestandteilen hergestellt wurden, kommen häufig vor. Verkennung der Manifestationen dieses gewöhnlich latenten Leidens ist rela-

tiv häufig. Die bisher wochenlang angewandten Antispastika zeitigten keine Linderung dieses schmerzhaften Krankheitszustandes. Entgiftende Mittel wären indiziert. Heiße Vollbäder, Schwitzkuren, künstliches ‚Karlsbader Salz. Pantopon in Maximaldosen während der Anfälle. Als bekömmliches Getränk Buttermilch. Oberbezirksarzt D. H. **Tittinger,** Czernowitz.

Ad 154. Nabelschnurzerreißung unter der Geburt. Es scheint, daß es sich im vorliegenden Falle um eine überstürzte Geburt handelte. Dafür spricht die kurze Geburtsdauer (Muttermund um ½8 Uhr früh markstückgroß, Geburt um 10 Uhr beendet). Wäre die Geburt nicht überstürzt verlaufen, wäre es auch nicht zur Zerreißung der Nabelschnur gekommen, sondern hätte die Hebamme das Kind lege artis langsam austreten lassen und dann vorschriftsmäßig abgenabelt. Offenbar waren die Wehen abnorm stark und langdauernd und die Wehenpausen abnorm kurz. Da während der Wehe die Sauerstoffversorgung der Frucht immer leidet, können langdauernde, rasch aufeinanderfolgende Wehen zur Asphyxie der Frucht führen und in einzelnen Fällen die Ursache des Kindestodes bilden. Die Verdünnung der Nabelschnur an einer umschriebenen Stelle ist kaum auf eine Quetschung der Nabelschnur zurückzuführen, sondern dürfte schon von einer früheren Zeit stammen und stellte offenbar nur eine widerstandsschwache und deshalb zur Zerreißung prädisponierte Stelle der Nabelschnur dar.

Prof. Dr. J. **Novak,** Wien.

Ad 155. Gelatinekapseln gegen Fluor. Es dürften Xerase (Hefe-Boluspulver)-Kapseln gewesen sein. Auch 10% Cehasol-Boluspulver läßt sich in Gelatinekapseln abpacken. Med.-Rat Dr. H. **Beer,** Wien.

Ad 156. Periproktitische Abszesse rezidivieren sehr häufig bei Kranken, die an Eccema ad anum oder Pruritus leiden. Diese werden wieder verursacht durch Hämorrhoiden oder eine Fistula ani. Sollte eines dieser Leiden bestehen, so wäre es operativ zu behandeln.

Primarius Dr. L. **Moszkowicz,** Wien.

Ad 156. Liegt vielleicht ein Analekzem vor? Wenn das der Fall ist, dann wird die entsprechende Behandlung (Zinci oxyd., Amyli ana 10.0, Lanolin, Vaselin ana 10.0, Lenigallol 2.0) einem Rezidiv vorbeugen.

Med.-Rat Dr. H. **Beer,** Wien.

Ad 157. Karbol bei Furunkeln. Es fehlt mir jede Erfahrung über Behandlung von Furunkeln mit Karbolsäureinjektionen, ich halte aber Injektion 3%iger Karbolsäure nicht für harmlos. Es könnte einmal zu Nekrose der Haut kommen. Primarius Dr. L. **Moszkowicz,** Wien.

Ad 158. Eisentherapie bei Lungentbc. In eigener Sache Richter zu sein, soll unterlassen werden. Nach unserer Schule ist im angezogenen Falle eine Eisentherapie nicht angezeigt.

Hofrat Prof. Dr. N. **Ortner,** Wien.

Ad 159. Parese der Armnerven. Soweit die ein wenig dürftige Schilderung ein Urteil zuläßt, handelt es sich um eine inkomplette Plexusneuritis. Therapie: Wiederholte energische Diaphorese, lokal Diathermie oder wenigstens Heißluft, Galvanisieren fortsetzen; bei schleppendem Verlaufe später auch Vakzineurininjektionen. Prof. Dr. A. **Pilcz,** Wien.

Ad 160. Aszites nach Lungenentzündung. Nach der Schilderung des Krankheitsbildes könnte es sich vielleicht um eine Concretio cordis handeln. Eine Röntgenaufnahme des Herzens wäre von Wichtigkeit. Es würde sich empfehlen, die Arzneien zeitweise ganz auszusetzen und nur diuretischen Tee oder Koffeinpräparate zu geben. Prof. Dr. C. **Leiner,** Wien.

Ad 161. Anfälle nach Lues. Nach der Schilderung anscheinend doch epileptische Anfälle, Geruchsaura bei solchen nicht allzu selten (speziell bei Läsion des Uncus). Ich empfehle zunächst Brom (1 bis 2 g) plus Luminal 0.1. Dabei vielleicht Fieberkur (Typhusvakzine) plus Neosalvarsan. Wenn

trotzdem Fortdauer der Anfälle, wäre Spitalsbeobachtung behufs Feststellung der Diagnose notwendig. Prof. Dr. E. **Redlich**, Wien.

Ad 163. Die Fuca-Bohnen enthalten Extr. fuci pers., Cascar. Sagrada und Frangulae, also drei vegetabilische Abführmittel. Erzeuger: Chem. Laboratorium der Adler-Apotheke in Teplitz-Schönau in Böhmen. Preis einer Schachtel österreichische Schilling 4.40. — Die Wirkung wird auch von hiesigen Ärzten öfters gelobt. **Die Red.**

Ad 164. Ulkus nach Ischiadikusverletzung. Das Indikationsgebiet für die periarterielle Sympathektomie (Leriche) ist bisher noch nicht scharf umgrenzt. Vor allem kommen trophische Ulzera auf neurogener Grundlage, Mal perforant, arteriosklerotische Gangrän, Raynaud in Betracht. Über Erfolge mit der periarteriellen Sympathektomie bei trophoneurotischen Ulzera, die jeder anderen Therapie trotzten, wurde vielfach berichtet. Ich würde jedoch raten, erst mit der Reimerschen Salbe einen Versuch zu machen, mit der wir bei trophischem Ulkus sehr günstige Resultate erzielt haben, und erst wenn dieses Mittel versagen sollte, die Operation in Erwägung zu ziehen. Auf jeden Fall muß die ulzeröse Stelle von jedem Druck entlastet und von jeder Irritation befreit werden.

Dozent Dr. J. **Hass**, Wien.

Ad 165. Über den Bau und die Einrichtung von Liegehallen ist Näheres zu finden in: G. Schröder. Über Krankenpflegemaßnahmen im allgemeinen im Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht von Schröder und Blumenfeld, Verlag Johann Ambros. Barth, Leipzig — Ed. Ladek (Enzenbach). „Winke für Bau und Einrichtung von Liegehallen." Österr. Tub. Fürsorgeblatt, Jahrgang 1, Nr. 9. — Brackmann. „Ein neuer Liegestuhl." Ztschr. f. Tuberkulose, Bd. 14, H. 1.

Dr. M. **Weiss**, Facharzt f. Lungenkr., Wien.

Ad 166. Durchschneidung von Kehlkopf und Speiseröhre. Es ist tatsächlich anzunehmen, daß sofortige Naht von Ösophagus und Kehlkopf (etwa an einer Klinik) mit entsprechender Nachbehandlung (Hochlagerung, Sauerstoff, Koffein, Nahrungszufuhr nur rektal und durch Infusion) vielleicht 60% Wahrscheinlichkeit boten, die Patientin am Leben zu erhalten. Der Landarzt wird je nach seiner Ausbildung, seinem Instrumentarium und der vorhandenen Assistenz einen solchen Versuch machen können. Wenn er ihn als zu riskant ablehnt (Nähe der großen Gefäße!), so kann ihm gewiß niemand einen Vorwurf machen. — In vorliegendem Falle war die Ausblutung wohl mit eine Hauptursache des schlechten Ausganges; hier wäre außerdem eine Bluttransfusion notwendig gewesen. **Die Red.**

Ad 167. Das Stillenlassen des Neugeborenen durch die fiebernde Mutter ist allgemein üblich, so daß von einem Kunstfehler keineswegs gesprochen werden kann. Die Todesursache des Kindes hätte wohl nur die Obduktion feststellen können. Die bei der Geburt beteiligte Hebamme kann sich meiner Ansicht nach ohne jede Einschränkung beruflich betätigen, da die Erkrankung der Gebärenden sicherlich nicht auf eine intra partum von außen eingebrachte Infektion, sondern nur auf den Durchbruch eines intraperitonealen, vorher abgekapselten Abszesses zurückzuführen ist. Mir erscheint es nach der Krankengeschichte viel wahrscheinlicher, daß es sich um einen appendizitischen Abszeß als um eine geplatzte gonorrhoische Pyosalpinx handelte, da die Entstehung der letzteren bei der vorher gesunden Frau erst im Laufe der Gravidität sehr unwahrscheinlich ist. Die Diagnose der Appendizitis in graviditate gilt mit Recht als sehr schwierig.

Prof. Dr. J. **Novak**, Wien.

Ad 168. Das Verfahren für die einfache Bestimmung des Grundumsatzes ist das von Krogh, am besten in der Modifikation von Liebesny. Literatur: Krogh, Wiener klinische Wochenschrift, 1922, Nr. 13 und Nr. 41.

— Liebesny, Med. Klinik, 1922, Nr. 20. — Die Apparatur wird von L. Castagno, physiologisches Institut in Wien, zum Preise von 410 österreichische Schilling angefertigt. Prof. Dr. A. **Durig**, Wien.

Ad 170. Als Behandlung der Fettsucht kommt in Betracht 1. Diät, die vorzugsweise Obst, Gemüse ohne Einbrenn, Salat und nur ein Minimum an Fett und Kohlehydrat enthalten soll; 2. Energieabgabe in Gestalt von Bewegung, Gymnastik usw.; 3. falls keine thyreotoxischen Symptome und keine Herzstörungen vorhanden sind, Thyreoidin von 0.5 unter Pulskontrolle bis auf zweimal 0.5 pro die steigend; 4. eventuell Thyreoidinkur in Kombination mit Injektionen von sterilisierter Milch (4 bis 8 cm^3 in drei- bis viertägigen Intervallen) oder Hypertherman, einem Eiweißpräparat, das im Handel ist; 5. Versuch mit Lipolysin. — Woraus erschließen Sie übrigens den hypophysären Typus der Fettsucht Ihres Falles? Um einen Tumor der Hypophyse wird es sich wohl mit Rücksicht auf die Heredität kaum handeln und sonstige verläßliche Anhaltspunkte für die hypophysäre Genese einer isolierten Fettleibigkeit besitzen wir nicht.

Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 172. Sprach- und Hörstörungen bei Kindern. Derartige Sprachfehler sind keine Seltenheit und können durch sprachärztliche Therapie in der Regel in einigen Wochen behoben oder doch wesentlich gebessert werden. Spezialärzte für Sprachstörungen sind in Wien, Berlin und München. Dozent Dr. E. **Fröschels**, Wien.

Ad 181. Schwefelwässer. Siehe „Ars Medici" 1925, S. 215.

Die Red.

Medikamente.

Hypophen ist ein neues Peristaltikum, aus dem Mittel- und Hinterlappen von Schweinehypophysen hergestellt. Scharsich berichtete in der Sitzung mitteldeutscher Chirurgen in Magdeburg über gute Erfolge bei postoperativem Ileus, wenn das Hypophen (2 bis 3 cm^3) rechtzeitig intramuskulär injiziert wurde. Wo es versagt, ist die Prognose ungünstig. Das Mittel wirkt nicht auf die glatte Muskulatur, sondern auf die Nervengeflechte des Darmes. — Erzeuger: Gehe & Co. in Dresden. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 13, 1925.)

Neu-Cesol hat sich nach Geisenhofen an der II. Münchener Univ.-Frauenklinik in 70% von 120 Fällen zur Bekämpfung postoperativen Durstes bei kontraindizierter Flüssigkeitszufuhr vorzüglich bewährt. Nach 0.05 muskulär schwindet das Durstgefühl in fünf bis zehn Minuten für sieben bis zehn Stunden. Gute Verträglichkeit. Erzeuger: E. Merck in Darmstadt. (M. m. W. Nr. 18, 1925.)

Ocenta ist ein neues Laktagogon, das aus der Hypophyse und der Caruncula placentarum hergestellt wird und außerdem organische Phosphatide, Kalk, Eisen, lösliches Eiweiß und Kohlehydrate enthält. Es ist wohlschmeckend; dreimal täglich wird ein gehäufter Teelöffel, mit etwas kalter Milch angerührt, genommen. Westphal (Staatl. Inst. f. Geb., Hamburg) berichtet über sehr gute Erfolge. Bei Verabreichung an 100 Frauen stellte sich bei 90 von ihnen auffallend gesteigerte Milchsekretion ein, wie die der Arbeit beigegebenen Tabellen zeigen. Wurde das Präparat wieder fortgelassen, so sank nach einem Tage die Milchmenge wieder auf das ursprüngliche Maß ab. — Erzeuger: Chem. Fabrik „Promonta" in Hamburg. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 13, 1925.)

Salurheuma ist eine seifenfreie Menthol-Anästhesin-Salizylsäuresalbe. Prehm (Zwickau) legt dar, daß die gebräuchlichen salizylsäurehaltigen Salben alle eine Salizylsäureseife enthalten. Säure und Seife reagieren

aufeinander unter Abscheidung von Fettsäure und salizylsaurem Natron oder Kali. Diese salizylsauren Salze müßten, um die einzig wirksame Salizylsäure zur Wirkung zu bringen, bei Aufnahme durch die Haut erneut gespalten werden; dazu wäre das Vorhandensein einer starken Säure in der Haut erforderlich; die Wirkung der Salizylsäureseifen ist daher recht problematisch. Dagegen erzielte Verfasser mit dem „Salurheuma", welches Salizylsäure ohne Seife enthält, sehr gute Erfolge bei rheumatischen Erkrankungen. Zunächst einmal wird durch Anästhesin-Menthol Linderung oder Schwinden der Schmerzen bewirkt und dann durch reichlich resorbierte Salizylsäure die Schmerzursache selbst beseitigt. — Erzeuger: Chem. Fabrik „Perozon", Zwickau i. Sa. (D. m. W. Nr. 21, 1925.)

Notizen.

Berichtigung. Herr Dr. Kirchstein (Neustettin, Pommern) macht uns zum Referate Nr. 5, S. 212 darauf aufmerksam, daß die Molekulargewichte von Na Br : Na Cl sich wie 103 : 58 verhalten und nicht umgekehrt, wie in der Arbeit von Heymann irrtümlich angegeben ist. Es wäre somit 5.6% Na Br 10% Na Cl isosmotisch und die blutstillende Wirkung des Na Br überlegen.

Dr. L. Pollmer, Facharzt für innere und Nervenkrankheiten, ordiniert im Sommer in Karlsbad, Hotel Rudolfshof.

Klimatologische Tagung in Davos vom 17. bis 22. August 1925, veranstaltet vom Institut für Hochgebirgs-Physiologie und Tuberkuloseforschung. Es sind über 30 Vorträge hervorragender Universitätslehrer angekündigt. Teilnehmerkarten Franken 20.—. Die Kongreßteilnehmer genießen eine Reihe von Begünstigungen, wie Erlaß des Visums und Ermäßigung der Fahrtaxe. Anmeldungen an das Institut für Hochgebirgs-Physiologie und Tuberkuloseforschung in Davos (Schweiz).

Die „Zeitschrift für physikalische Therapie" ist im Subabonnement zu vergeben. Anfragen an die Redaktion der „Ars Medici".

Gute Bücher.

W. Kühl: „Handbuch der Narkose und der Vorbereitung von Operationen", Hamburg 1922. — Das von uns schon seinerzeit besprochene, für den Praktiker äußerst empfehlenswerte Werkchen (272 Seiten mit Abbildungen) kann vom Verlag der „Ars Medici" zum Preise von Goldmark 2.— bezogen werden, dazu das Porto.

Prof. E. Mayerhofer (Agram) und C. Pirquet (Wien): „Lexikon der Ernährungskunde". Verlag Jul. Springer, Wien 1925. Erste und zweite Lieferung (Preis: broschiert S 3.60. bzw. 11.90). Ein einzig dastehendes Nachschlagewerk, in dem mit großem Fleiße und Erfahrung nicht nur die wissenschaftliche Diätetik und die Charakterisierung der wichtigsten Nahrungsmittel (Nährwert nach dem Nemsystem) behandelt sind, sondern das auch dem Volkswirt, Zoologen, Botaniker, Ethnologen, Chemiker, Jäger, Fischer, Lehrer, jedem Gebildeten vieles Interessante in handlicher Form bietet. Ein eigenartiges Ziffernsystem erleichtert die internationale Verständigung über die oft schwierige Nomenklatur Das bedeutsame und dankenswerte Werk wird sicherlich in weiten Kreisen Aufsehen erregen.

Prof. P. F. Richter (Friedrichshain): „Indikationen und Technik der Entfettungskuren." 2. Aufl., Verlag C. Marhold Halle a. S., 1925. 47 Seiten, Preis brosch. M. 1.60. Empfehlenswerte Anleitung für die Praxis.

W. Marle: „Lexikon der gesamten Therapie des praktischen Arztes mit Einschluß der therapeutischen Technik." Unter Mitarbeit zahlreicher Fachgenossen. Drei umfangreiche Bände mit 1085 Abbildungen. 2. Aufl. 1925. Verlag Urban & Schwarzenberg. Preis gebunden M. 59.10. Dieses tadellos ausgestattete Werk enthält lückenlos in alphabetischer Anordnung die therapeutischen Errungenschaften der letzten Jahre und ist dem Praktiker als wertvolles Nachschlagewerk für alle schwierigen Fälle der Allgemeinpraxis wärmstens zu empfehlen.

„Lehrbuch der Strahlentherapie." Herausgegeben von Prof. Hans Meyer (Bremen), gemeinsam mit Proff. C. I. Gauß (Würzburg), F. Gudzent (Berlin), H. Holthusen (Hamburg), V. Klingmüller (Kiel) und R. Werner (Heidelberg). Band I: „Die wissenschaftlichen Grundlagen der Strahlentherapie." 1158 Seiten, 326 Abb. und 6 farbige Tafeln. Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien—Berlin 1925. Preis geh. M. 48.—, geb. M. 52.20.

Dieses unvergleichliche Standardwerk der Strahlentherapie wird auch im Ausland berechtigtes Aufsehen erwecken und daselbst zum Ansehen deutscher und Wiener Forscherarbeit ihren guten Teil beitragen. Sämtliche Gebiete der Strahlentherapie sind von den hervorragendsten Vertretern in Theorie und Praxis geschildert. Das Werk bietet auch jedem Fachmann eine unversiegliche Quelle der Anregung und praktischen Belehrung. Wir erfüllen nur unsere publizistische Pflicht, wenn wir die Ärztewelt auf dieses Werk aufmerksam machen und Herausgeber, Mitarbeiter und Verleger zu seinem Erscheinen herzlichst beglückwünschen. Solchem Schaffen kann auch in dieser Zeit der wohlverdiente Erfolg nicht ausbleiben.

Prof. Arnold Durig (Wien): „Appetit." Der geistvolle Vortrag von Durig über die Physiologie und Pathologie des Appetites in der Ges. d. Ärzte in Wien ist im Verlag J. Springer, Wien 1925, in Form einer Sonderbroschüre erschienen (Preis geh. S 2.50.).

Prof. C. Bachem (Bonn): „Neuere Arzneimittel, ihre Zusammenstellung, Wirkung und Anwendung"; 3. Aufl., 141 Seiten, Sammlung Göschen Bd. 699, Verlag Walter de Gruyter & Co., Berlin—Leipzig 1925. Taschenformat. Preis M. 1.25. Ein empfehlenswertes, kritisch gehaltenes Nachschlagebüchlein über zirka 450 neuere Präparate mit Angabe des Herstellers.

Prof. I. Trumpp (München): „Säuglingspflege" 162 Seiten, Taschenformat, 49 Abb., 6. Aufl., Verlag Ernst Heinrich Moritz (Mittelbach), Stuttgart 1921.

Dieses sehr beliebte Büchlein kann der Praktiker beruhigt jeder jungen Mutter in die Hand geben. Sie wird darin zahlreiche wertvolle Winke finden, die ihr und ihrem Kinde zum Nutzen gereichen.

Prof. G. Honigmann (Gießen): „Geschichtliche Entwicklung der Medizin in ihren Hauptperioden dargestellt." 32 Seiten, Preis geh. M. 3.20. Verlag J. F. Lehmann, München 1925. Streifzüge durch die interessantesten Kulturperioden mit den sie beherrschenden ärztlichen Gedankengängen. Eine geistvolle Lektüre für Erholungsstunden.

In der Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Dermat. und Syphilidologie (Verlag C. Marhold, Halle a. S.) sind H. 5: Hofrat Prof. S. Ehrmann (Wien): „Beziehungen der ekzematösen Erkrankungen zu innerem Leiden" (eine prachtvolle Studie des Wiener Altmeisters) und H. 6: K. Wiener (Breslau): Die Beziehungen der Genitalorgane zu Hautveränderungen" als für die Praxis besonders geeignet hervorzuheben.

K. Klare: „Schema der Untersuchung bei Verdacht auf Tbc. im Kindesalter zum Gebrauch für den praktischen Arzt." 2. Aufl., 12 Seiten. Verlag d. Ärztl. Rundschau. O. Gmelin, München.

Mitteilungen des Verlages.

Die „Ars Medici" kostet für das Jahr 1925 ganzjährig, portofrei, im vorhinein zahlbar: österr. S 7.—, Mark 5.—, tsch. *K* 36.—, ungarische *K* 80.000.—, Zloty 6.—, Lire 30.—, Dinar 90.—, Lei 250.—, schweiz. Franken 8.—, franz. Franken 25.—, schwed. *K* 6.—, dän. *K* 8.—, norw. *K* 10.—, holl. fl. 4.—, Dollar 1.50, Shilling 6.—, finn. Mark 60.—, Lewa 200.—, estl. Mark 500.—, Lett. Rubel 400.—, Litu 15.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1924, soweit vorrätig) zu obigen Preisen mit 10% Zuschlag, dazu das Porto.

☛ Sämtliche Jahrgänge der „Ars Medici" stellen ein übersichtliches Nachschlagewerk über alle Fortschritte der Medizin von großem praktischen Werte dar. Sie bilden „eine wahre Fundgrube" des praktischen Wissens und sollten in der Bibliothek keines Arztes fehlen.

Leinen-Einbanddecken 1924 und frühere Jahrgänge österr. S 1.20, tsch. *K* 6.—, Mark 1.—, Franken 1.—, holl. fl. —.50, dazu das Porto.

Englische Ausgabe der „Ars Medici" ganzjährig Dollar 2.—.

Jahrgang 1924 und 1923 der englischen Ausgabe gebunden à Dollar 2.20.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4903. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.032. — **England:** Midland Bank, Ltd. London E. C. 2. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. — **Holland:** Postgirokonto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. — **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. — Postscheckkonto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Österreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13 868 — **Ungarn:** Postscheckkonto in Budapest Nr. 27.510. Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an der Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen.

DIAL »CIBA«

Patentiert. Name ges. geschützt.

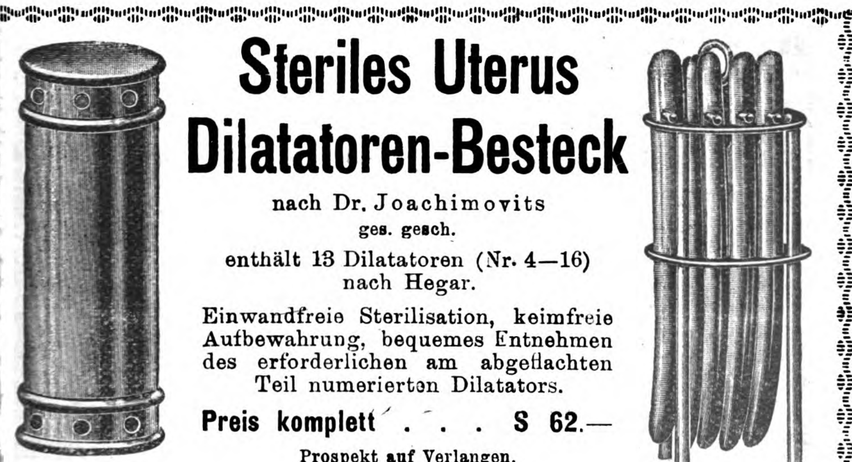


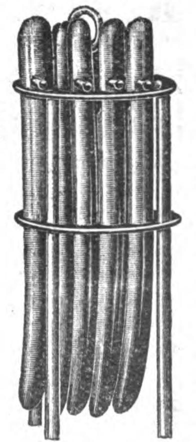
Bei Schlaflosigkeit, Beruhigungsmittel bei Angst- und Erregungszuständen.

Ampullen. Tabletten. Liquidum.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel

Vertreter für Österreich: F. MASCHNER, Wien VII., Westbahnstraße 27/29.





Steriles Uterus Dilatatoren-Besteck

nach Dr. Joachimovits

ges. gesch.

enthält 13 Dilatatoren (Nr. 4—16) nach Hegar.

Einwandfreie Sterilisation, keimfreie Aufbewahrung, bequemes Entnehmen des erforderlichen am abgeflachten Teil numerierten Dilatators.

Preis komplett . . . S 62.—

Prospekt auf Verlangen.

Sanitätsgeschäft „Austria“

Best & Cie., Wien IX., Garnisongasse 1.

ARS MEDICI

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration:

Telephon 29-1-39. Wien IX., Spitalgasse 1a. Telephon 29-1-39.

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Alleinige Inseratenannahme durch die Annoncenexpedition Rudolf Mosse. Berlin SW., Breslau, Frankfurt a. M., Hamburg, Köln a. Rh., Leipzig, Magdeburg, München, Stuttgart, Prag, Zürich, Wien I., Seilerstätte 2.

Nr. 8. XV. Jahrgang. 1925.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. August 1925.

Interne Medizin.

Brei-Obsttage als Diuretikum.

Im Anschluß an die Empfehlung von Rohobstkuren durch F. Mendel („Ars Medici" 1924, S. 294) berichtet Brednow über die im Augusta-Hospital in Berlin seit Jahren mit Erfolg bei akuten und chronischen Nierenerkrankungen, dekompensierten Herzfehlern und anderen extrarenalen Ödemen angewandten Brei-Obsttage. Der Kranke erhält morgens und nachmittags je 200 g Milch, bzw. Kaffee und Milch, zu den übrigen drei Mahlzeiten je 200 g Gries- oder Reisbrei und 100 g Obst in Form von Apfelmus; die Flüssigkeitsaufnahme darf 1000 g am Tage nicht überschreiten. Die Diurese wird durch diese Diät mächtig angeregt. Versuche ergaben, daß bei genauer Durchführung der Mendelschen Rohobstkur die Diurese eine wesentlich geringere war; dabei ist der Kalorienwert des Rohobsttages 500, der des Breiobsttages 860. Man braucht übrigens an dem obigen Schema des Breiobsttages nicht dogmatisch festzuhalten. Wo es auf Hebung des Ernährungszustandes ankam, wurde z. B. die Milch durch 400 g Sahne, 35 g Butter, ein Ei, 50 g Brot und 100 g Sahnenkäse neben der Brei-Obstkost ersetzt. Dieser Patient erhielt also insgesamt 2000 Kalorien bei einer Gesamtflüssigkeitsmenge von 1000 g, und die Diurese war noch immer eine recht gute. Es kommt eben nur darauf an, die Flüssigkeitsmenge auf 1000 g zu beschränken und möglichst wenig Kochsalz und Stickstoff zuzuführen. Bei der Rohobstkur wurde jedoch meist über quälendes Hungergefühl geklagt. — Die Brei-Obsttage haben sich auch zu Entfettungskuren bewährt und sind weit schonender als die so viel verordneten Milchtage, weil das Sättigungsgefühl viel größer und die Schwächeempfindung viel geringer ist. Aus diesem Grunde wird die Kur auch von fettleibigen klimakterischen Patientinnen gut vertragen, die sonst auf jede stärkere Nahrungseinschränkung mit den bekannten Schwächegefühlen zu reagieren pflegen. Besonders gut haben sich schließlich die Brei-Obsttage bei fettleibigen Hypertonikern bewährt, bei denen die Flüssigkeitsbeschränkung ein dringendes Erfordernis ist. (D. m. W. Nr. 20, 1925.)

Zur Behandlung des Diabetes mellitus.

Prof. O. Minkowski (Breslau) verweist auf die Bedeutung der prinzipiellen Harnuntersuchung bei jedem Pat. für die Frühdiagnose. Wenn keine erhebliche Azidose besteht, beginnt man die Behandlung am einfachsten mit einer möglichst vollständigen Kohlehydratentziehung, erreicht so meist in wenigen Tagen Schwinden der Glykosurie und kann nun durch steigende Kohlehydratzulagen (am besten ausschließlich in Form von Brot) die Toleranzgrenze bestimmen. Noch rascher kommt man zum Ziel, wenn man auch die übrigen Nahrungsmittel möglichst reduziert, eventuell sogar mit einem Hunger- oder Trinktag beginnt. Grundsätzlich ist die Zufuhr an Kohlehydraten (K.) unterhalb der Toleranzgrenze, die Eiweißzufuhr mög-

lichst niedrig zu halten (täglich 100 bis 150 g fettes Fleisch oder Fische, eventuell noch zwei bis drei Eier, 40 bis 50 g Käse). Der Bedarf an Kalorien, Salzen und Vitaminen wird durch Fette (120 bis höchstens 150 g täglich) und kohlehydratarme Vegetabilien gedeckt. Für die Umrechnung merke man: 100 g Kartoffeln = 40 g Brot, 100 g Graupen, Grieß oder Reis = 150 g Brot, 100 g Haferpräparate = 130 g Brot. Die Leguminosen (Erbsen, Linsen, Bohnen) haben annähernd ebensoviel K. wie das Brot, hingegen mehr Eiweiß. Der Unterschied im K.-Gehalt der verschiedenen Brotsorten kommt praktisch nicht in Betracht; daher sind die diversen „Diabetikergebäcke" vollkommen entbehrlich. Die Differenz in ihrem K.-Gehalt ist meist nicht so groß, daß sie nicht durch eine geringe Herabsetzung der Brotmenge ausgeglichen werden könnte. Die fast völlig K.-freien Gebäcke, wie das Glutenbrot, können nicht als Brot gelten, wenn sie auch so aussehen. Geröstetes Brot und Zwieback und karamelierte K. bieten keinen Vorteil. Der K.-Gehalt der für den Diabetiker erlaubten Gemüse (Kohlarten, Spinat, Mangold, Schnittbohnen, Gurken, Tomaten usw.) ist wegen ihrer ungenügenden Ausnützung im Darm nur mit 3% zu berechnen. Geringe Mengen Obst sind meistens gestattet.

Von den Getränken ist vor allem das Bier ganz zu verbieten. Mäßige Mengen Alkohol sind bei Hungerkuren nützlich, regelmäßig nicht empfehlenswert. Bei Kaffeesurrogaten ist der Malzgehalt zu berücksichtigen; leichter Tee ist vorzuziehen. Von Milch ist nur ¼ bis ½ l täglich zu verwenden; ihr K.-Gehalt braucht nicht voll angerechnet zu werden, da der Milchzucker sich zur Hälfte in Traubenzucker und Galaktose spaltet und diese ebenso wie Lävulose, auch vom Diabetiker in mäßigen Mengen und bei zeitweisem Genusse gut verwertet wird. Rahm ist geeigneter als Milch; Mager- oder gar Buttermilch ist ungeeignet (voller Zuckergehalt bei geringem Fettgehalt). In der Sauermilch ist nur ein Fünftel bis ein Sechstel der K. vergoren. Als Beispiel mag folgende Tabelle dienen:

	Eiweiß	Fett	K	Kalorien
100 g gekochtes Fleisch	25	8	—	175
2 Eier	12	11	0.5	150
40 g Käse	10	12	1.0	150
120 g Butter, Schmalz usw.	0.5	100	0.5	900
600 g Gemüse	10	1	18.0	150
50 g Brot	3	—	25	115
¼ l Milch	4.5	5	5.0	85
	65	137	50	1725

In schweren Fällen, bei Komplikationen (Neuralgien, Pruritus Ekzemen, Furunkulose, Balanitis, Alveolarpyorrhoe und anderen Eiterungen, Gangrän, drohendem Koma usw.) und chirurgischen Eingriffen ist Insulin angezeigt. Bei erheblicher Azetonurie kann die brüske Entziehung der K. Koma auslösen und strenge langdauernde Diätkuren (K.-Kuren u. dgl.) sind unrationell. Alle übrigen antidiabetischen Medikamente sind abzulehnen; ebenso Badekuren für Pat., die sparen müssen. (Die Ther. d. Gegenw., H. 5, 1925.)

Essentielle Hypertonie — Karlsbader Kur.

Bei einer Karlsbader Trinkkur fand Wagner (Karlsbad) die als Nebenbefund erhobene essentielle Hypertonie gebessert. Als Ursache kommt nicht etwa die abführende Wirkung der Quellen in Betracht, sondern deren Wirkung auf den Purinstoffwechsel und die Herabminderung der Viskosität („Ars Medici" 1922, S. 533 und 1925, S. 262) des Blutes. (40. Balneologen-Kongreß, IV. 1925. Ztrlbl. f. Herz- u. Gefäßkr. Nr. 11, 1925.)

Herz- und Nierenkrankheiten — Therapie.

H. Pribram (Prag) empfiehlt den Aderlaß als herzschonenden Eingriff, besonders bei renalen Hypertonien. Diuretika wirken nach einem Aderlaß besser („Ars Medici“ 1923, S. 31, 102 u. 310). Auch Zuckerinfusionen haben guten diuretischen Erfolg, besonders bei Herzfleischerkrankungen, nach Infektionskrankheiten, bei Endocarditis lenta und bei Hypertonie („Ars Medici“ 1925, S. 213). Kalzium steigert den Tonus des Herzmuskels und unterstützt, venös gegeben, die Digitaliswirkung. Vagotoniker reagieren gut auf Kalziumdarreichung (siehe „Ars Medici“ 1924, S. 387 u. 1925, S. 53). (40. Balneologen-Kongreß, IV., 1925. Ztrlbl. f. Herz- u. Gefäßkr. Nr. 11, 1925.)

Hypotonische Lösungen venös

bewirken nach R. Latzel und K. Stejskal (Wien) eine erhöhte Wasserabgabe an die Gewebe, hypertonische hingegen eine Wasserentziehung. Bei hypazider Magensekretion führt 200 cm³ 0.5% Na Cl-Lösung venös zu vorübergehender Steigerung der Salzsekretion, bei Diabetes insipidus (200 cm³ einer 0.4% Na Cl-Lösung) zu starkem Absinken der Harnsekretion und Verminderung des Durstes. Ebenso gelingt es beim Diabetes mellitus Durst und Polyurie zu vermindern und gleichzeitig den Zuckergehalt des Harns und des Blutes zu reduzieren. Anderseits wird nach Elias durch Wasserentziehung aus den Geweben (Hydrämie) der Blutzuckergehalt erhöht, z. B. durch Aderlaß, hypertonische Infusionen, Adrenalininjektion, Sympathikusreizung. Vagusreizmittel hingegen bewirken Wasserverarmung im Blute und Hypoglykämie. Wahrscheinlich kommt es zu einer Wasserretention in der Leber und damit zu einer verminderten Glykogenbildung. Bei hartnäckigen Diarrhöen (Dysenterie) ist der Effekt nur vorübergehend. (W. kl. W. Nr. 17. 1925.)

Lungen- und Kehlkopftbc. — Triphal.

Galatzer und Sachs berichten über die Erfahrungen mit dem neuen Goldpräparat der Höchster Farbwerke in 40 Fällen interner Tbc. aller Stadien an der I. Med. Abt. d. Allg. Krankenh. in Wien (Prof. Pal). Unbeeinflußt blieben zehn, Gewichtszunahme und auffällige Besserung des Allgemeinbefindens in kurzer Zeit zeigten 30, davon 19 auch des objektiven Befundes, manchmal selbst bei exsudativ-ulzerösen Formen. Das Mittel hat sich durchwegs für Niere und Darm als unschädlich erwiesen. Dosierung: Als erste Dosis 1 mg (in 1 cm³ Wasser gelöst) venös; bei Besserung Verdoppelung der Menge in sieben- bis zehntägigen Intervallen; Maximaldosis 0.2. Zeigt sich keine Besserung, so injiziert man die letzte Dosis in obigen Intervallen so lange, bis Körpergewicht und Allgemeinbefinden sich deutlich heben; dann vorsichtig ansteigen, jedesmal nur um die halbe Dosis mehr. Wirkt eine, namentlich die erste Injektion ungünstig, so wird sie höchstens nach 14 Tagen wiederholt.

In allen Fällen wurden Körpergewicht, Temperatur, Flüssigkeitsbilanz, Blutbild, Blutdruck, Röntgenbefund und Senkungsreaktion der Erythrozyten kontrolliert. Zeigte letztere nach einer Injektion eine Zunahme, so wurde eine Reinjektion vermieden. In den günstigen Fällen sank sie bis auf 10%. Die Injektionen machen geringe Allgemein- und Herdreaktionen durch ein bis zwei Tage (leichtes Fieber, Kopfschmerz, Mattigkeit, vermehrten Auswurf, gesteigerte Fistelsekretion usw.). Wie die Kontrolle der Flüssigkeitsbilanz ergab, sind die Gewichtszunahmen nicht durch Wasserretention bedingt. (W. kl. W. Nr. 22, 1925.)

Zur rektalen Digitalistherapie

verwendet Prof. W. Zinn (Berlin) das Mikroklysma nach Eichhorst: Rp: 10 Tropfen Digipurat oder Digitalysat, 10 Tropfen Tinct. strophanti titr., Theocin 0.1 bis 0.2 in 5 cm³ lauwarmen Wasser, durch drei bis vier Wochen oder länger jeden Morgen nach Reinigungsklysma rektal. Bei Reizung des Mastdarmes Zusatz von fünf bis zehn Tropfen Tinct. opii simpl. Die Erfolge sind oft überraschend (mächtige Diurese oft schon am ersten Tag!), selbst dann, wenn alle übrigen Formen der Digitalismedikation (selbst venös) versagen. (Die Ther. d. Gegenw., H. 5, 1925.)

Über Säureinhalation

als Heil- und Vorbeugungsmittel sprach Prof. A. Hartmann (Heidenheim) auf der Naturforscherversammlung in Innsbruck. Schon vor längerer Zeit wurde die schweflige Säure in Form von Lignosulfit als Heilmittel gegen Tbc. gepriesen, es kam jedoch nicht zur allgemeinen Verwendung. Kampff hat als Erster günstige Erfahrungen mit Säureinhalation mitgeteilt („Die Säuretherapie", Verlag O. Gmelin, München 1924). In Fabriksbetrieben, in denen schweflige Säure oder Salzsäure in die Luft übergeht, pflegt die Erkrankungszahl unter den Arbeitern ungemein gering zu sein. Von der Grippe blieben solche Betriebe fast verschont. Verfasser hat eine Krankenstatistik solcher Betriebe angeregt, die noch nicht fertig ist, aber schon die vorliegenden Berichte bestätigen fast überall die günstige Wirkung der Säureeinatmung. Ein Arzt berichtet, daß er seit 18 Jahren an chronischer Bronchitis und Asthmaanfällen litt, die sich nach Säureinhalation auffallend besserten. In einer großen Bleicherei auf dem Lande bitten die Bauern bei Erkrankungen sich einige Zeit in der Chlorluft (HCl) aufhalten zu dürfen, um gesund zu werden. Verfasser selbst kann die guten Erfolge mit der Säureinhalation besonders bei Bronchitis, Grippe und Lungentbc. bestätigen. Ob die Erklärung in einer Reizwirkung auf die Schleimhäute oder auf Bakterienhemmung beruht, will er noch nicht entscheiden. Jedenfalls empfiehlt er schon jetzt, in Fabriken und Schulen, besonders zur Zeit von Grippeepidemien, die Luft säurehaltig zu machen und bei Bronchitis und Lungentbc. auch therapeutische Versuche anzustellen. Am einfachsten ist die Ameisensäure anzuwenden, die als 80%ige Lösung in den Fabriken zu haben ist und einfach in Glasschalen auf einem Schrank, einer Konsole o. dgl. aufgestellt und alle acht Tage erneuert wird. Es empfiehlt sich, den Boden der Schale mit Kieselgur (geglüht) zu bedecken. Die Säureluft soll so sein, daß sie, ohne besonders zu reizen, als sauer empfunden wird. Soll nicht inhaliert werden, so wird die Schale mit einer Glasscheibe ganz oder teilweise bedeckt. Die schweflige Säure wird zur Rauminhalation Stahlflaschen entnommen, aus welchen sie in beliebigen Mengen durch Schraubung ausströmt. Die entströmende Menge kann genau reguliert werden. Die SO_2-Flaschen stehen unter geringem Druck und bieten keine Explosionsgefahr. Die Salzsäure ist zur Rauminhalation nicht geeignet, da sie die Möbel angreift, wohl aber zur direkten Inhalation aus Apparaten. Mit dem Chlorgase wurden übrigens in Amerika erstaunliche Heilerfolge erzielt. Zur direkten Inhalation kann man sich schweflige Säure erzeugen, indem man das pulverförmige Natriumhydrosulfit auf eine Untertasse schüttet und einen halben Kaffeelöffel Wasser darauf gießt. Verfasser hat eine einfache Inhalationsschale fabrizieren lassen (Med. Warenhaus, A.-G., Berlin, Karlstraße 21), mit welcher man die einzuatmende Säure regulieren kann. Zu dieser Schaleninhalation wird die offizinelle (25%) Ameisensäure allein oder vier Teile offizinelle Ameisensäure plus einem Teil Salzsäure verwendet. (D. m. W. Nr. 21, 1925.)

Die günstige Wirkung der Schwefelthermen

bei allen Formen des Muskel- und Gelenkrheumatismus (mit Ausnahme der fieberhaften und tuberkulösen) erklärt E. Raab (Baden bei Wien) zunächst aus der bekannten resorptionsfördernden Eigenschaft des Schwefels durch Hebung des Stoffwechsels. Außerdem setzt der Schwefel in minimalen Dosen die Magenazidität herab, erhöht hingegen die Gallensekretion, die Darmperistaltik und die Ausscheidung von Schwermetallen (namentlich Blei und Hg!) aus dem Organismus. Daß der Schwefel auch in biologisch ausgiebigen Mengen durch die Haut resorbiert wird, zeigte die Punktion einer chronischen Gonarthritis nach 15 Bädern, die einen Gehalt von 0.01 g S bezogen auf 100 cm^3 Punktionsflüssigkeit ergab. Therapeutisch belangreich ist auch der Gehalt der Schwefelthermen namentlich an Ca und CO_2 (Herz- und Gefäßwirkung, Expektoration). Die kumulative Wirkung der Bäder, das Auftreten von Herd- und Fieberreaktionen sprechen auch für eine milde parenterale Proteinkörperwirkung. Insbesondere in Kombination mit Trinkkuren (400 bis 600 cm^3 morgens nüchtern) werden nicht nur bei Arthritiden und Myositiden, Neuralgien und Neuritiden, sondern auch bei Hg- oder Pb-Intoxikation, Herz- und Gefäßleiden (Aortitis. Hypertonie usw.), Exsudaten (Adnexitis) und Metalues oft erstaunliche Erfolge erzielt. (W. m. W. Nr. 7, 1925.)

Zur Röntgentherapie der Ulkuskrankheit.

Doz. R. Lenk (Zentralröntgeninstitut Prof. Holzknecht, Wien) berichtet über 43 länger beobachtete Fälle von röntgenologisch sicherem Ulcus ventriculi, bzw. duodeni, die nach Röntgenbehandlung folgende Resultate ergaben: 21 völlig beschwerdefrei (zum Teil seit Jahren), 13 leichte Beschwerden noch anhaltend, 5 nur wenig gebessert, 4 ungebessert. Alle günstig reagierenden Fälle zeigen etwa 14 Tage schon nach der ersten Bestrahlungsserie eine deutliche Besserung sämtlicher Beschwerden, obwohl die Säurewerte sich meist nur wenig oder gar nicht ändern. Selbst profuse Blutungen sistieren oft schon in wenigen Stunden, namentlich wenn Milz und Leber mitbestrahlt wurden (Erhöhung der Blutgerinnung). Bevor man sich zu einer Operation entschließt, erscheint somit ein Röntgenversuch als berechtigt, vorausgesetzt natürlich, daß kein Krebsverdacht vorliegt (z. B. sehr große, etwa wallnußgroße Nische usw.).

Auch postoperative Beschwerden, namentlich schlecht funktionierende Anastomosen (Spasmen?) könnten durch Röntgenstrahlen rasch beseitigt werden. Unter 22 bestrahlten Fällen kam es in 15 zur Herstellung der normalen Funktion. Also auch hier Röntgenversuch vor eventueller Relaparatomie! Hingegen scheint das Ulc. pept. jejuni auf Röntgenstrahlen kaum anzusprechen. (M. Kl. Nr. 16, 1925.)

Neurologie und Psychiatrie.

Apoplexie und andere zerebrale Zirkulationsstörungen.

Nach Dozent Groedel und Hubert (Nauheim).

Bei einem zerebralen Insult mit Bewußtseinstrübung und nachfolgender Lähmung liegt meist Hirnblutung oder Embolie vor, in selteneren Fällen lokale Thrombosierung oder funktionell bedingte Ischämie. Bei den echten Apoplexien (Blutung aus einer Hirnarterie durch Reißen oder Platzen derselben) ist das charakteristische Symptom der plötzliche Insult, der „Schlaganfall" aus bestem Wohlbefinden. Das Bewußtsein ist propor-

tional der Blutung mehr oder weniger getrübt. Prodrome, wie Kopfdruck, Schwarzsehen, Sprachstörungen oder Schwindel, sind selten und treten — wenn überhaupt — erst wenige Minuten vor dem Anfalle auf. Differentialdiagnostisch besonders wichtig sind die fast immer zu findende Rötung und Gedunsenheit des Gesichtes unmittelbar nach Eintritt des Insultes und der stets erhöhte Blutdruck. Die auf die Blutung folgende Lähmung betrifft entweder die ganze gegenüberliegende Körperhälfte (Hemiplegie) oder nur bestimmte Teile von ihr (Monoplegie). Die Lähmung bildet sich mit der Resorption des Blutergusses mehr oder weniger zurück. Sitzt aber eine Blutung in der Capsula interna selbst, so ist der Herd selbst zerstört und die Lähmung wenig besserungsfähig. Sitzt die Blutung dagegen in einem der Stammganglien, dann ist die Lähmung nur durch den Druck des Hämatoms auf die innere Kapsel bedingt und bei Resorption des Blutergusses weitgehend rückbildungsfähig. Die exakte topische Diagnose einer Apoplexie ist daher meist erst im Laufe der Beobachtung zu stellen.

Die Embolie einer Hirnarterie setzt irgendwo im Körper thrombotische Ablagerungen voraus. Die häufigste Ursache ist ein Herzklappenfehler, und zwar meist die Mitralstenose. Daher tritt die Embolie oft bei Jugendlichen auf. Neben der Mitralstenose führen zur Embolie: traumatisch entstandene Thrombosen, Thrombosen im Puerperium und Organisationsprodukte eines syphilitischen Aortenprozesses. Das Charakteristikum einer Hirnembolie ist ebenso wie bei der Apoplexie der plötzlich, schlagartig einsetzende Insult mit Bewußtseinsverlust und darauffolgender Mono- oder Hemiplegie. Meist ist die Bewußtseinstrübung nur von ganz kurzer Dauer, die darauffolgende Lähmung aber fast immer irreparabel oder nur wenig rückbildungsfähig; das Resultat ist die Kontraktur. Zur Diagnose einer Embolie gehört immer der Nachweis einer primären Ursache, die meist leicht aufzufinden ist; nur in seltenen Fällen kann auch eine abgeheilte Endokarditis ohne Klappendefekt eine Hirnembolie verursachen.

Die lokale Thrombosierung einer Hirnarterie entsteht auf dem Boden einer organischen Veränderung der Arterienwand sklerotischer oder syphilitischer Natur. Bei Lues kann sie schon kurz nach der Infektion, also in jungen Jahren, erfolgen. Entsprechend der langsam fortschreitenden Gefäßwandveränderung gehen den thrombotischen Zirkulationsstörungen sehr häufig langdauernde Prodromalerscheinungen voraus. Die Patienten klagen über dumpfen Kopfdruck, über Nachlassen des Gedächtnisses oder der gesamten geistigen Leistungsfähigkeit. Die Umgebung bemerkt oft eine Veränderung der ganzen Persönlichkeit des Kranken. Die häufigste Prodromalerscheinung ist Dauerschwindel, manchmal vorübergehende Parästhesien. Das schließliche Einsetzen der lokalen thrombotischen Gefäßsperre erfolgt meist allmählich unter Zunahme der Prodromalerscheinungen, insbesondere des Schwindels. Nur manchmal kommt es zu einer nur kurz dauernden apoplektiformen Bewußtseinstrübung, während häufig eine abnorme Schläfrigkeit einsetzt. Der Kranke hat Schwierigkeiten beim Sprechen, er beobachtet selbst ein Nachlassen der Kraft in einem Arm oder Bein oder einer Gesichtshälfte. Diese Paresen können mitunter erst Tage nach dem starken Schwindelanfall auftreten, so daß eine längere beschwerdefreie Zeit dazwischen liegt, ein Umstand, der bei Apoplexie und Embolie natürlich nicht vorkommt. Charakteristisch ist außerdem die Sprunghaftigkeit und Intensitätsschwankung der Parese bei Thrombosierung; zeitweise ist die Schwäche über die ganze Körperhälfte ausgedehnt, zeitweise ist sie nur in einem Glied vorhanden, zeitweise fast verschwunden, um dann wieder verstärkt aufzutreten. — Während bei Apoplexie, wie erwähnt, das Gesicht des Kranken rot und gedunsen aus-

sieht, ist es bei thrombosierender Gefäßsperre blaß und eingefallen. — Der Puls ist bei Blutung infolge Hirndrucks verlangsamt, bei der zerebralen Thrombose fast immer beschleunigt. — Bei der Thrombose steht die Lähmung im Vordergrund, während die Bewußtlosigkeit (im Gegensatz zur Apoplexie und Embolie) ganz zurücktritt. Ja, in vielen Fällen entsteht eine ausgedehnte Parese ohne jegliche Trübung des Bewußtseins. Während bei der Apoplexie der Sitz der Blutung fast stets im hinteren Schenkel der Capsula interna anzunehmen ist und rein motorische Störungen auslöst, sind bei thrombosierender Ischämie neben motorischen Störungen auch Parästhesien, Hyp- und Anästhesien der betroffenen Körperhälfte entwickelt, ja zuweilen das einzige Krankheitszeichen. Man kann sagen, daß der Ramus anterior der Arteria cerebralis media die Prädilektionsstelle für thrombosierende Gefäßsperre, der Ramus posterior der Lieblingssitz der Rupturen ist. — Eine weitere Eigenart für die thrombosierende Ischämie ist die nach dem Insult folgende schubweise Ausdehnung der Anfallserscheinungen noch durch Tage, Monate und Jahre. — Wie oben erwähnt, besteht bei der echten Apoplexie immer erhöhter Blutdruck; ohne solchen ist die Diagnose einer Hirnblutung stets zu bezweifeln. Bei der Thrombose und Enzephalomalazie ist der Blutdruck meist (aber nicht immer) niedrig. Also ein normaler Blutdruck spricht für Thrombose, ein erhöhter aber nicht dagegen. — Natürlich kann auch einmal eine thrombosierende Gefäßverlegung und eine gleichzeitige oder sekundäre Blutung vorkommen.

Hemiparese und Hemiparästhesie können auch durch rein funktionelle Gefäßspasmen ohne organische Zirkulationsstörungen vorkommen. Bei beginnender Wandveränderung im Bereiche der Hirngefäße können erhöhte Reizbarkeit und mangelhafte Anpassungsfähigkeit zu einer maximalen spastischen Kontraktion führen. Ähnliche Gefäßkrisen bei Arteriosklerotikern kennen wir ja in Form der Angina pectoris (Angina abdominalis — Ref.) und der Claudicatio intermittens. Die Differentialdiagnose ist darum von Wichtigkeit, weil bei solchen funktionellen Ischämien der Aderlaß erfahrungsgemäß schlecht vertragen wird und daher geradezu kontraindiziert ist. Andauernde motorische Ausfallserscheinungen sprechen immerhin gegen einen rein funktionell bedingten Spasmus. (D. m. W. Nr. 25, 1925.)

Kauffmann hat auf die merkwürdige Erscheinung hingewiesen, daß die meisten Gehirnapoplexien im Frühling und im Herbst erfolgen. Hanse (Univ.-Nervenklinik, Kiel) bestätigt dies. Unter seinem Material kamen im März 29 Hirnblutungen vor, im Oktober 27, in den übrigen Monaten nur je 6 bis 14. Die Ursache der eigentümlichen Erscheinung liegt vielleicht in jahreszeitlichen Schwankungen der Blutdrüsenformel und in Verschiebungen der Säurewerte des Blutes; ähnlich kommt ja die Tetanie am häufigsten im Frühjahr und im Herbst vor. Ferner scheint die Witterung auch den Blutdruck zu beeinflussen, ähnlich wie J. Bauer den Einfluß der Witterung auf angiospastische rheumatoide Beschwerden, den „Hochdruckrheumatismus“ hervorhebt. (D. m. W. Nr. 23, 1925.)

Zur Gynergentherapie des Basedow

ist nach Adlersberg und Porges (Klinik Wenckebach, Wien) zur Vermeidung von Mißerfolgen (Schlesinger) folgende Dosierung zu beachten: Die in den Ampullen abgegebene Menge von 1 cm³ = 0.5 mg Ergotaminum tartaricum ist zu hoch; es dürfen im allgemeinen nur 0.5 cm³ = = 0.25 mg pro dosi subkutan injiziert werden. Nur in 3 von 22 Fällen führten auch 0.5 cm³ zu Herz- und Magenbeschwerden; diese vertrugen aber zwei- bis dreimal täglich 0.3 cm³ subkutan anstandslos. Anderseits bewährten sich bei einer Basedowkranken zweimal täglich 1.0 cm³ subkutan

am besten. Es muß also individualisiert werden. Meistens pflegen leichte Nebenerscheinungen nach 0.5 cm^3 (Palpationen, Schwindel, Übelkeit) bei späteren Injektionen nicht mehr aufzutreten. Bei der peroralen Therapie (Tablette à 1 mg) treten sie niemals auf. Bei dekompensierten Herzen ist jedenfalls Vorsicht geboten. In keinem der 22 Fälle von Hyperthyreoidismus bzw. Basedow wurde Ergotismus beobachtet, beim Großteil dagegen ganz wesentliche Besserung. (W. kl. W. Nr. 22, 1925.)

Zur Ionentherapie der Tetanie

ist nach M. Nothmann (Klinik Minkowski, Breslau) die Formel von Freudenberg und György maßgebend:

$$Ca = \frac{H}{HCO_3 \,.\, HPO_4}$$

Der Blutgehalt an Ca-Ionen geht parallel jenem an H-Ionen. Erhöhter Phosphat- oder Bikarbonatgehalt vermindert die Kalkionisation und führt zur Tetanie. Die Blutalkalose bei Tetanie wird durch die azidotische Wirkung des Kalkes beseitigt. Bei akuter Tetanie gibt man Erwachsenen täglich 20 bis 30 cm^3 Afenil venös, bei chronischer dreimal täglich 5 g Calcium chlorat. siccum per os. Azidotisch wirken auch die Salzsäuretherapie nach Scheer, das Salmiak (5 g täglich in 10% Lösung per os), das saure Ammoniumphosphat ($[NH_4]H_2PO_4$), das zu 12 bis 18 g täglich in Oblaten verabfolgt wird. Die beiden letzteren entziehen dem Blute alkalische Valenzen, indem sie sich mit dem Natriumbikarbonat zu Ammoniumkarbonat und Natriumchlorid, bzw. -phosphat umsetzen und das Ammoniumkarbonat zur Harnstoffsynthese verbraucht wird. (Die Ther. d. Gegenw. H. 4, 1925.)

Paralyse und Tabes — Entstehung.

In einem Vortrage weist Prof. Wilmanns (Heidelberg) darauf hin, wie oft im XIX. Jahrhundert Paralyse an bekannten Persönlichkeiten beobachtet wurde (Lenau, Schumann, Donizetti, Rethel, Makart, Nietzsche und viele andere). Dagegen ist trotz genauester historischer Nachforschung von Paralysefällen im XVIII. Jahrhundert nichts bekannt geworden. „In den Ländern, wo die Syphilis mehr oder weniger unbehandelt geblieben ist, sind auch heute noch schwere Haut- und Knochenaffektionen ungeheuer verbreitet, die Metalues aber selten." In zivilisierten Ländern hat die Syphilis mit zunehmender Gründlichkeit und Verallgemeinerung der Behandlung ihren Charakter verändert („Die Syphilis hat ihren Charakter als Hautkrankheit abgestreift und gehört eigentlich nicht mehr in die Hautklinik", Finger); diese Veränderung dürfte auf Modifikationen der biologischen Eigenschaften des Erregers zurückzuführen sein. Seit dem Anfang des XIX. Jahrhunderts hat sich in den zivilisierten Ländern die Metalues mehr und mehr verbreitet. Tabes und Paralyse werden zumeist von einer symptomarmen Lues eingeleitet; das Auftreten von ausgesprochenen Haut- und Schleimhautaffektionen und besonders von tertiären Erscheinungen ist in der Vorgeschichte und im Verlauf dieser Erkrankungen selten. Eine „neurotrope", das heißt „neurotrop" gewordene Abart der Spirochäten scheint es tatsächlich zu geben. Zahlreiche Beispiele der Literatur und der Statistiken beweisen, daß Infektion durch einen später metaluetisch Erkrankten häufig zu Tabes und Paralyse führt. Wo die abendländische Zivilisation auf andere Völker übertragen wird, tauchen allmählich Fälle von Metalues auf, zunächst in den größeren Städten, zumal an der Küste, und zwar vorwiegend bei Vertretern der gehobeneren Berufe. Ursache hiefür kann nur die Einführung der energischen antiluetischen Behandlung oder die Verbreitung der Spiro-

chätenvariationen durch die kosmopolitische Prostitution sein. Durch die Behandlung verlieren also wahrscheinlich die Spirochäten allmählich in Jahrzehnten ihre Affinität zur Haut und werden „neurotrop". Daher auch die Unwirksamkeit unserer antiluetischen Mittel gegen Tabes und Paralyse. Mit Recht wendet man sich jetzt allgemein der „unspezifischen" Behandlung der Metalues mit fiebererregenden Infektionen (Malaria, Rekurrens) zu. (Klin. Wschr. Nr. 23/24, 1925.)

Paralysis agitans, Tetanie — Parathyreoidin.

W. N. Berkely sah in 19jähriger Praxis bei P. agitans in 60 bis 70% oft überraschende Erfolge. Voraussetzung ist allerdings ein wirksames Präparat; die meisten Handelspräparate sind es nicht! Die Besserung ist langsam, Kontraindikationen bestehen nicht. Meist genügen zwei bis drei Tabletten pro Tag und eine subkutane Injektion des Abends. Auch die verschiedenen Formen der Tetanie (endemische, postoperative, Magendilatation, Rachitis, Gravidität) werden gut beeinflußt. Die Kalktherapie ist ohne Einfluß auf die Wirkung. (Boston med. and surg. journ. Nr. 7, 1925.)

Reflektorische Hysterie.

Kuszinski hat vor kurzem einen Fall von durch Kastration geheilter Hysterie beschrieben. Daran schließt sich folgender Fall von K. Mendel (Berlin): 22jährige Pastorstochter, Menses unregelmäßig und schmerzhaft, sonst stets gesund, erkrankte an Anfällen von „grande hystérie". Schluchz- und Weinkrämpfe, tonische Streckkrämpfe der gesamten Körpermuskulatur. Außer Hypalgesie am ganzen Körper und Druckschmerzhaftigkeit des linken Ovariums objektiver Befund normal. Alle denkbaren medikamentösen, physikalischen und psychotherapeutischen Versuche, auch Hypnose, blieben erfolglos. Patientin mußte zeitweise bei ihren stundenlangen Krampfanfällen katheterisiert und künstlich genährt werden. Da ein Gynäkologe die Kranke in Narkose untersucht und gesund befunden hatte, wurde zunächst ein genitales Leiden nicht angenommen. Trotzdem stellte sich nach fünfjähriger ungebesserter Krankheitsdauer heraus, daß beide Ovarien chronisch entzündet und durch und durch krank waren. Sie wurden exstirpiert, und mit einem Schlage sistierten die Anfälle und die Schluchzkrämpfe. Nach fünf Jahren kehrte das Leiden in gemilderter Form wieder; eine neuerliche Operation zeigte Verwachsungen, nach deren Lösung Besserung, aber nicht volle Heilung sich einstellte. Nach weiteren sechs Jahren mußte sich Patientin einer Gallensteinoperation unterziehen, bei der mehrere haselnußgroße Konkremente entfernt wurden. Erst seit diesem Moment ist das hysterische Leiden vollkommen und dauernd geschwunden. Die Patientin fühlt sich vollkommen gesund und ist voll arbeitsfähig. Die nun 45jährige Kranke gibt mit Bestimmtheit an, daß sie sexuell stets unempfindlich war, keinerlei sexuelles Trauma oder überhaupt Erlebnis gehabt oder mitangesehen hat.

Es scheint, daß in solchen Fällen die Hysterie rein reflektorisch von den Abdominalorganen ausgelöst wird. Eine suggestive Wirkung der Operation ist wohl auszuschließen, da zahlreiche andere suggestive Maßnahmen und die Hypnose gar keinen Effekt gehabt hatten. Prof. Oppenheim schreibt in seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten: „Jede schmerzhafte Affektion, also jeder Reizzustand im Gebiete eines sensiblen Nerven, kann Krämpfe hervorrufen . . . Zweifellos wird der klonische Zwerchfellkrampf (Singultus) manchmal durch Reize ausgelöst, welche von der Geschlechtssphäre oder dem Magendarmapparat (Ileus, Peritonitis) ausgehen." (D. m. W. Nr. 23, 1925.)

Singultus — Phrenikusdruck.

Durch einen ein bis eineinhalb Minuten langen Druck mit der Fingerkuppe auf den N. phrenicus, da wo er dem sehnigen unteren Teil des M. scalenus anterior aufliegt, läßt sich nach Prof. Ritschl (Freiburg i. B.) der Singultus rasch und sicher beseitigen. (M. m. W. Nr. 15, 1925.)

Chirurgie.

Armbeschwerden bei Tennisspielern.

G. Rosenburg (Frankfurt a. M.) konstatierte bei einem Tennisspieler, der mitten im Spiel wegen plötzlicher Schmerzen und Schwächegefühl im rechten Unterarm aussetzen mußte, einen Muskelriß im Extensor carpi radialis longus, 4 cm unterhalb des Epicondylus lateralis. In der Literatur sind folgende Affektionen bei Tennisspielern beschrieben: Traumatische Tendovaginitis und Fibrositis der zum Ellenbogengelenk gehörigen Muskeln und Sehnen; Arthritis des Humeroradial- oder Radioulnargelenkes eventuell mit Erguß, oft kombiniert mit traumatischer Periostitis des Condylus externus („Tennisellenbogen"). (M. Kl. Nr. 21, 1925.)

Chirurgische Entzündungen — Röntgen.

Wie Cramer und Kalkbrenner berichten, werden an der I. med. Univ.-Klinik Charité, Berlin, seit über zehn Jahren akute und chronische Entzündungen mit Röntgen behandelt. Genauere Beobachtungen mit fortlaufender Untersuchung des Eiters und des Blutbildes wurden vorgenommen, um das Wesen und den Wert der Röntgentherapie zu ergründen. Zur Untersuchung kamen Kranke mit Karbunkeln, Abszessen, Lymphdrüseninfiltraten, akuten und chronischen Mastitiden mit Abszeßbildung, Schweißdrüsenabszessen, Gesichts- und Nackenfurunkeln, Panaritien usw., wobei tuberkulöse Affektionen nach Möglichkeit ausgeschlossen wurden. Alle Fälle erhielten die von Fried empfohlene Dosis von 20% HED auf die Haut, und zwar durch einen Induktorapparat von etwa 100 KV, eine Funkenstrecke von 36 cm, bei einer Filterung von 0.5 mm Zn plus 1 mm Al und einem Fokus-Hautabstand von 30 cm, so daß durchschnittlich in die Tiefe eine Dosis von etwa 3 bis 5% HED (eine HED = 400 R) gelangte. — Die Entzündungsprozesse werden zweifellos günstig beeinflußt. Am auffallendsten ist die schon nach Stunden einsetzende Schmerzlinderung; die Patienten rühmen, daß sie „endlich wieder einmal geschlafen haben". Akute Entzündungen sind leichter beeinflußbar als chronische, der günstigste Zeitpunkt für die Einleitung einer Röntgentherapie ist die beginnende Entzündung. Neben der Schmerzlinderung wird das Allgemeinbefinden gehoben und die Krankheitsdauer verkürzt, oft ein chirurgischer Eingriff erspart. Ist ein solcher doch notwendig, so wird seine Wirkung durch Kombination mit Röntgenbestrahlung erfolgreich unterstützt und der Heilungsvorgang beschleunigt.

Die Wirkungsweise der Röntgenstrahlen scheint auf Anregung eines physiologischen Abwehrapparates zu vermehrter Leistung zu beruhen. Im Blut sinkt die Leukozytenzahl, die Lymphozyten und Eosinophilen vermehren sich. Pordes-Holzknecht nehmen an, daß die Röntgenstrahlen die Leukozyten des Entzündungsherdes als die empfindlichsten Zellen zerstören, damit zur Befreiung, bzw. Bildung von Antikörpern, zur Abtötung der Bakterien und zum schnellen Abklingen des Entzündungsprozesses führen. Fried fand, daß nach der Bestrahlung der Eiter steril

wurde und die flüssigen Bestandteile des sterilen Eiters sich als stark bakterizid erwiesen. Strubell macht die Erweiterung der Kapillaren für die Wirksamkeit verantwortlich. Ekstein betont im Sinne von Spiess die Aufhebung der Schmerzen als Heilfaktor. Wintz-Flaskamp nehmen (wenigstens bei der Entzündung der Adnexe) eine doppelte Wirkung an, einerseits direkt auf den Entzündungsherd und anderseits durch Einschränkung der Ovarialfunktionen. Neben den hier erwähnten gibt es noch einige Theorien. Die praktisch günstige Einwirkung der Röntgenstrahlen auf Entzündungsprozesse scheint aber festzustehen. (Klin. Wschr. Nr. 21, 1925.)

Zur Behandlung der Knochenbrüche durch den praktischen Arzt gibt Prof. F. Lange (Orthopäd. Klinik, München) Richtlinien. Die Nagelextension und der übliche Streckverband eignen sich im allgemeinen nicht

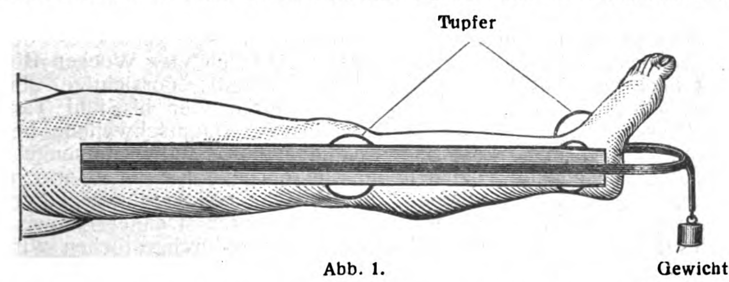


Abb. 1.

für die Landpraxis. Ausgezeichnete Dienste leistet hingegen der Zinkleimstreckverband, der gleichzeitig streckt und fixiert: Beim Oberschenkelbruch wird das ganze Bein (Abb. 1) von den Zehen bis zur Mitte des oberen Drittels mit warmem Zinkleim (bei Narkose Wärme an der eigenen Hand prüfen!) angestrichen. Dann werden entlang dem ganzen Bein innen und außen je ein fester Filzstreifen (5 cm breit, 60 cm lang, 5 mm dick) aufgeklebt, auf deren Mitte ein festes Leinenband aufgenäht ist, dessen Enden die Extension vermitteln. Tupfer an den Knöcheln, am Fibulaköpfchen, Fußrücken und an der Ferse verhindern Dekubitus. Dann wird das ganze Bein mit Mullbinden umwickelt, die sich genau anschmiegen und nirgends einschnüren. Legt sich die Binde irgendwo nicht gut an, so wird sie abgeschnitten (keine Renversés) und von neuem in einer Richtung angelegt, in der sie sich gut anschmiegt. Darüber zweiter Zinkleimanstrich, neuerliche Bindenschicht und wieder Zinkleimanstrich und dritte Bindenschicht. Der Verband kann wochenlang liegenbleiben, ohne sich zu verschieben.

Erreicht man sofort volle Korrektur, so ist Extension überflüssig und wird sofort durch Gipsverband fixiert. Als Polsterung Zellstoffrollen von 3 bis 5 mm Dicke; besonders sorgfältige Polsterung (Tupfer) von dekubitusgefährdeten Stellen; zirkuläre und longitudinale Gipsbindentouren. Nach dem Trocknen der Länge nach aufschneiden und dann mit Mullbinde umwickeln. Der Gipsverband soll vorne und rückwärts dünner sein als an den Seiten.

Bei der Metatarsalfraktur, die im zweiten oder dritten Metatarsus schon durch einfache Überanstrengung auftreten kann (Marschgeschwulst der Soldaten, Röntgen!) zunächst drei bis fünf Tage Bettruhe, Hochlagerung des Beins (Knie leicht gebeugt durch untergelegtes weiches

Kissen, am besten Höherstellen des unteren Bettendes), Prießnitz, vorsichtige Massage. Hierauf zirkulärer Heftpflasterstreifen um die Mitte des Vorfußes (entsprechend den Metatarsen) herum mit plantar untergelegtem Tupfer hinter dem Köpfchen des gebrochenen Metatarsus, um durch den kräftigen Zug das Quergewölbe zu heben und durch die Nachbarmetatarsen den gebrochenen gewissermaßen zu schienen. Gehen im Verband, wenn schmerzfrei, sofort gestattet. Bei starker Dislokation Extension an der Zehenkuppe. Zur Nachbehandlung für ein halbes Jahr Zelluloidstahldrahteinlage.

Beim Gipsabguß für Einlagen ist darauf zu achten, daß die Metatarsen ein normales Quergewölbe bilden, während die Gipsbinden um den Fuß herumgeführt werden (am besten Tupfer unterlegen).

An Kalkaneusfraktur ist stets bei Schmerzen oder Druckempfindlichkeit in der Fersengegend nach Sprung oder Sturz aus größerer Höhe zu denken (Röntgen!). Übersehene Brüche können zeitlebens unbehebbare Beschwerden machen. Bei einfacher Fissur genügt es, den Fuß mit Prießnitz auf Schienen zu legen; wenn möglich vier Wochen Bettruhe (Gehen höchstens mit Krücken oder Gipsverband); vorsichtige Übungen, Massage, Heißluft. Desgleichen zunächst durch vier bis fünf Tage bei stärkerer Verschiebung der Fragmente, bis die Hauptschwellung beseitigt ist; dann Versuch in Narkose oder Lokalanästhesie die zusammengestauchten Knochen auseinanderzuziehen und die normale Kalkaneusform wieder herzustellen. Wegen der kleinen Angriffsfläche gelingt das meist erst mit Hilfe einer Drahtschlinge aus Nickelstahl, die unter strenger Asepsis oberhalb des Kalkaneus vor der Achillessehne quer durchgestochen wird und die nun einen kräftigen Zug ermöglicht. Ein kleines Stück Filz zwischen Draht und anliegender Haut beiderseits schützt vor dem Einschneiden. Darüber gefensterter Gipsverband mit Bandeisenbügel oder Cramerschiene, woran die Schlinge unter starkem Zug nach unten und innen (wegen der häufigen Valgusstellung des hinteren Bruchstückes) befestigt wird (siehe Abbildung 2). Notfalls zeitweise auch Gewichtsextension. Vier bis sechs Wochen Bettruhe bei rechtwinklig gebeugtem Knie, um die Achillessehne zu entspannen, die sonst das abgebrochene Knochenstück nach oben ziehen würde (siehe auch Böhler, D. Ztschr. f. Orthop. Bd. 45, S. 420.) Anschließend sechs Monate Plattfußeinlage.

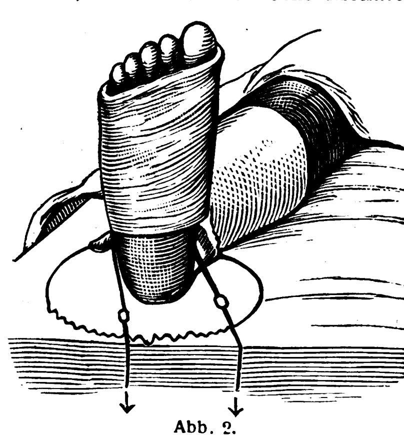


Abb. 2.

Knöchelbrüche führen häufig (50%!) wegen unrichtiger Behandlung zu Erwerbsunfähigkeit. Beim Umknicken des Fußes nach innen (Klumpfußstellung) entsteht meist nur eine Distorsion des Bandapparates am äußeren Knöchel; diese Stelle ist am stärksten geschwollen, Supination und Druck auf die äußere Knöchelspitze sind schmerzhaft, Pronation und Stoß gegen den Fuß meist schmerzlos. Beim Umknicken nach außen (Valgus- und Knickfußstellung) kommt es meist zum typischen Knöchelbruch (Fibulafraktur 5 bis 7 cm oberhalb der Knöchelspitze und Abriß des Lig internum am inneren Knöchel); die Schwellung umfaßt ringförmig die

ganze Zirkumferenz in der Knöchelgegend und geht auch trotz Prießnitz, Massage und Hochlagerung nicht so rasch (drei bis vier Tage) zurück wie bei einer einfachen Distorsion; Pronation besonders schmerzhaft, ebenso Druck auf die Frakturstelle der Fibula oder Spitze des inneren Knöchels. Jedenfalls Röntgenaufnahme.

Bei einer Distorsion z. B. in den Bergen ist es zweckmäßig, zur Verhinderung der Blutung den Schuh sofort abzulegen und mit der Hohlhand durch fünf bis zehn Minuten kräftig und gleichmäßig gegen den äußeren Knöchel zu drücken; hierauf Kompressionsverband mit Idealbinde und weiter marschieren. Bei bereits erheblicherer Schwellung fünf bis sechs Tage Bettruhe, Prießnitz, Schiene, Hochlagerung, vorsichtige Streichmassage (Nachblutung vermeiden!), hierauf für mindestens zwei Wochen folgender Heftpflasterverband, mit welchem Pat. sofort schmerzfrei gehen kann, da die Heftpflasterstreifen die beschädigten Gelenkbänder ersetzen.

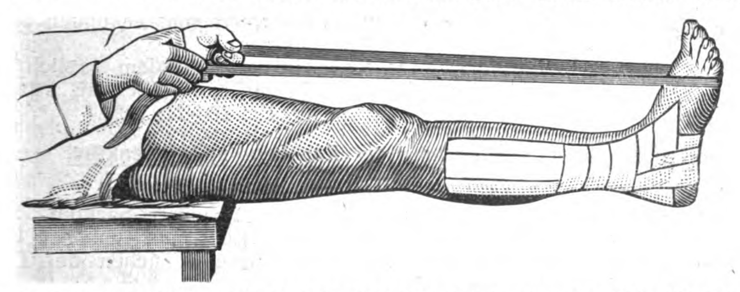


Abb. 3. Haltung des Fußes beim Anlegen eines Heftpflasterverbandes wegen Distorsion.

Beim Anlegen derselben wird der Fuß rechtwinkelig gebeugt und leicht supiniert gehalten (s. Abb. 3). Zunächst wird ein 3 bis 5 cm breiter Streifen von der Mitte der Fibula über äußeren Knöchel, Fußsohle und inneren Knöchel zur Tibiamitte unter kräftigem Zug angelegt, so daß das Fußgewölbe gehoben und eine leichte Varusstellung erzielt wird. Hierauf ein Zirkulärstreifen in Knöchelhöhe, ein Längsstreifen, der den ersten zur Hälfte deckt usw. (s. Abb. 3), im ganzen je drei bis fünf Längs- und Querstreifen. Wenn Pat. nicht ständig in Beobachtung bleibt, wird der Verband mittels schon früher untergelegten weichen Eisendrahts oder kräftigen Bindfadens über der Fußmitte und Tibia gespalten und eine Mullbinde darübergewickelt. Jedenfalls ist Pat. zu instruieren, bei Blaufärbung der Zehen sofort wiederzukommen. Nach Abnahme des Verbandes für sechs Monate Plattfußeinlage.

Technik des Gipsabgusses für Plattfußeinlagen: Fuß einfetten, vorspringende Knochen (Tuberositas des V. Metatarsus, Grundgelenk der fünften Zehe, Navikulare usw.) mit Blaustift bezeichnen. Zum Schutz des Fußes beim Aufschneiden des Gipsabgusses wird ein doppelter Matratzengurt (4 cm breit, 30 cm lang) auf den Fußrücken gelegt. Unter gleichmäßigem starkem Zug wird die Gipsbinde (2 bis 3 m lang, 10 bis 15 cm breit) zunächst von der Knöchelgegend an bis zu den Zehen um den Fuß gewickelt, dann folgen einige Längslagen am inneren und äußeren Fußrand; der Rest wird wieder rund um den Fuß geführt. Nun wird der hintere Teil des Fußes in leichte Varusstellung gebracht, der vordere Teil etwas proniert und gleichzeitig das Gewölbe durch streichende Bewegungen der Hand herausmodelliert. Wenn der Gips etwas härter geworden ist, läßt man Pat. vorsichtig aufstehen, so daß Kalkaneus und die Köpfchen des ersten



Abb. 4.
Filzkappe, die bei hartnäckigen Ergüssen im Talokruralgelenk unter die Kompressionsbinde gelegt wird, um den Druck auf den Gelenkerguß zu isolieren und zu verstärken. Die Knöchel liegen in den Fenstern der Kappe frei.

und fünften Metatarsus am Boden aufruhen. Dabei wird ein Druck gegen den inneren Knöchel ausgeübt, um eine Valgusstellung des Fußes zu verhüten.

Ist die Herstellung einer Einlage unmöglich, so dient als Notbehelf die Verdickung des inneren Randes von Sohle und Absatz, um 5 bis 8 mm.

Außer der Einlage Plattfußübungen morgens und abends je drei Minuten: Patient steht mit den Füßen parallel dicht nebeneinander und hebt sich in leichter Supination der Füße durch fünf Sekunden auf die Zehenspitzen.

Bei Neigung zu Knöchelschwellung außerdem täglich Massage. Umwickeln mit Idealbinde, eventuell mit untergelegtem Filzstück nach Abb. 4. (Fortsetzung folgt.) (M. m. W. Nr. 20—21, 1925.)

Der heutige Stand der Behandlung der Knochen- und Gelenktbc.

(Aus einem Vortrag von Prof. F. de Quervain (Bern).

Differentialdiagnostisch darf gegenüber Sarkom, Spondylitis deformans, Calvé-Perthes'scher Koxitis, Lues, posttyphöser Chondritis der Rippen, Lunatummalazie, Osteomyelitis usw. neben der Tuberkulinprobe die Wildbolzsche Eigenharnreaktion (s. „Ars Medici" 1921, S. 29 und 418) nicht vergessen werden.

Zu lokalen Injektionen ist das Verfahren von Girard dem Jodoformglyzerin weit überlegen. Man aspiriert in die Spritze zuerst 1 bis 5 cm³ einer frischen 1% Karbol- oder Kresollösung und dann ebensoviel von einer Lösung von 3.5 Jodoform in 90 Alkohol und 10 Äther, worauf das Jodoform in feinster Verteilung ausfällt. Man injiziert in die Gewebe 1 bis 2 cm³ der Suspension, in Gelenk- oder Abszeßhöhlen steigend alle Wochen 4 bis 10 cm³.

Die konservative, helio-klimatisch-orthopädische Therapie steht heute mit Recht im Vordergrund, jedoch scheitern langwierige Sanatoriumskuren zumeist an der wirtschaftlichen Frage. Die Röntgen- und Stauungstherapie (Bier) sind wertvolle Hilfsmethoden, gelegentlich auch die Chemo- (Jod, Gold, Kupfer) und Tuberkulin- und Vakzinetherapie.

Operative Eingriffe sind nur dann statthaft, wenn der Krankheitsherd radikal entfernt werden kann; die bloße Inzision eines kalten Abszesses ist ein Kunstfehler. Im einzelnen:

Wirbeltbc. Keine Operation. Hochgebirge, Sonne, Orthopädie, Bauchlage, Gipsbett, eventuell Tuberkulin usw. Durch die Versteifung der Wirbelsäule mittels osteoplastischen Knochenspans wird die Dauer der Liegebehandlung, nicht aber die der Heilung abgekürzt.

Koxitis. Auch hier Helio-Klimatotherapie, keine Resektion. Tbc.-Abszesse dürfen überhaupt niemals inzidiert werden! Die Heilung erfolgt beim Erwachsenen meist mit Versteifung, beim Kinde bleibt oft eine gewisse Beweglichkeit zurück. Beuge- und Adduktionskontrakturen sind zu verhüten.

Gonitis. Bei schwerer Zerstörung erzielt beim Erwachsenen bis zum 60. Lebensjahr die hier, unter Kontrolle des Auges, mögliche sorgfältige Resektion des gesamten Tbc.-Gewebes in wenigen Monaten Heilung

in guter Stellung. Auch die langwierige konservative Behandlung würde da zur Versteifung führen. Hingegen wird man bei Kindern nur ausnahmsweise, bei sehr vorgeschrittener Zerstörung, operieren. Nach dem 60. Lebensjahr, bei schlechtem Allgemeinzustand schon nach dem 50., führt die Resektion fast stets zum Rezidiv, so daß nur die Amputation in Frage kommt, wenn überhaupt operiert wird.

Bei den Fußgelenken ist die konservative Behandlung im allgemeinen vorzuziehen (Dauer durchschnittlich eineinhalb Jahre). Die Röntgentherapie führt hier leicht zu Spätgeschwüren.

An der oberen Extremität stellt die Resektion aus funktionellen Gründen ein Ausnahmsverfahren dar.

Der Rippentbc. liegt meist eine Tbc. des Brustfells und der Lunge zugrunde; daher keine Resektion, Klimatotherapie, Röntgen usw.

Diaphysentbc. Beim Kinde konservativ, beim Erwachsenen gründliche Operation, wenn Röntgen fehlschlägt. Ebenso bei Tbc. des Kalkaneus. (Aus der soeben neuerschienenen Zeitschrift: „Die extrapulmonale Tbc.", Verlag Urban & Schwarzenberg, 1925.)

Die Preglsche Jodlösung in der Chirurgie und Gynäkologie.

Von F. Michelsson (Berlin).

Die vom Professor der med. Chemie in Graz, F. Pregl, zunächst nur zur Behandlung einer eigenen hartnäckigen Alveolarpyorrhoe hergestellte Jodlösung hat dann überraschend gute Erfolge in zahlreichen Gebieten der praktischen Medizin gezeigt. Das Mittel kommt jetzt unter dem Namen „Presojod" in zwei Stärken in Flaschen und Ampullen in den Handel (Chem. Fabrik Dr. Wiernik & Co. A.-G., Berlin-Waldmannlust). Die Lösung ist eine klare, gelbe, schwach nach Jod riechende, salzig schmeckende Flüssigkeit, die neben freiem Jod Jodide und Jodate enthält. Beide Stärken sind isotonische Lösungen; man darf sich daher selbst keine Verdünnungen herstellen, da sonst hypotonische Lösungen entstehen, die die Gewebe schädigen können. Im Organismus wird bei der Anwendung von Presojod Jod frei. Daneben scheint aber noch eine Art Proteinwirkung zustande zu kommen, die die natürlichen Schutzkräfte des Organismus steigert. Durch Alkalien wird die Lösung zersetzt; die Spritzen und Gefäße für die Presojodbehandlung dürfen daher nicht mit Soda gekocht werden. Die Preglsche Jodlösung ist an sich steril und darf nicht erhitzt werden.

Bei der örtlichen Behandlung infizierter Wunden und Eiterungen werden übereinstimmend verblüffende Wirkungen durch Spülung und feuchte Tamponade mit Presojod berichtet. Jauchende Wunden und Geschwüre verlieren den üblen Geruch und füllen sich bald mit gesunden Granulationen. Septische Drüsenpakete wurden in toto exzidiert, für zwei Tage mit Presojod tamponiert und dann die Wunde mit Erfolg genäht. Bei heißen Abszessen, eitriger Mastitis und Douglasabszessen kommt man oft ohne Inzision, mit Punktion und nachfolgender Injektion von Presojod in die Abszeßhöhle aus. Ebenso verfährt man bei serösen und eitrigen Gelenkergüssen. In der Bauchchirurgie kann manche Peritonitis durch Eingießen von Presojod in die Bauchhöhle verhütet oder geheilt werden. Bei Pleuraempyem bezeichnet Winkler die Presojodbehandlung als die beste bisher bekannte Behandlungsmethode. Bei Empyem und septischen Allgemeinerkranknugen wird zur Unterstützung der lokalen Therapie die intravenöse Injektion von Preglscher Jodlösung angewendet. Hiezu nimmt man jetzt allgemein die konzentrierte, in zugeschmolzenen Ampullen in den Handel

kommende Lösung, die kein Fieber und keinen Schüttelfrost verursacht und nicht so leicht Thrombosen an der Injektionsstelle hervorruft wie die schwache Lösung. Von dieser Lösung („Septojod") können auf einmal bis zu 100 cm^3 injiziert werden. In der Grazer Frauenklinik wurden von 168 Fällen von Puerperalfieber 159 geheilt, meist mit einer einzigen Infusion. Trat trotz mehrmaliger Infusion der Jodlösung keine Entfieberung ein, so wurde Dispargen injiziert, welches jetzt nach der Jodlösung eine stärkere Wirkung als sonst zu entfalten schien.

Wegen ihrer völligen Reizlosigkeit eignet sich die Preglsche Jodlösung auch ausgezeichnet zu Blasenspülungen, wo sie meist mit 1:3 bis 4 Borlösung verdünnt zur Anwendung kommt; zum Schluß der Spülung kann man auch 20 bis 50 cm^3 der unverdünnten Jodlösung in der Blase zurücklassen. Die gonorrhoische Zystitis wird besonders gut beeinflußt, weniger die schwere alkalische Form der Zystitis. Bei Zystopyelitis, namentlich Kolipyelitis, sind glänzende Erfolge mit der intravenösen Behandlung erzielt worden.

In neuerer Zeit hat Prof. Payr (Leipzig) noch ein neues weites Anwendungsgebiet des Presojods in Form der Pepsin-Pregl-Lösung bei der Behandlung von Narben und fibrösen Verwachsungen eröffnet (siehe „Ars Medici" 1924, S. 153 und 1922 S. 116). Das von Unna in die Therapie der Narben und Keloide eingeführte Pepsin ließ sich bisher nicht keimfrei machen. Im Verein mit Presojod wird es aber steril und kann in die Narben und deren Umgebung injiziert werden. ½ g Pepsin. puriss. absol. Merck wird mit einem sterilen Löffel, der mit geglühter Platinöse abgestrichen wird, der Flasche entnommen und unter Schütteln mit 25 cm^3 Presojod gemischt. Dann zieht man in eine Rekordspritze ein bis zwei Teilstriche dieser Pepsin-Pregl-Lösung auf und füllt den Rest der Spritze mit 0.5%iger Novokain-Adrenalinlösung. Bei Behandlung derber alter Narben setzt man je 5 cm^3 der Lösung ein bis zwei Tropfen 3%iger Milchsäure hinzu. Die Erfolge des Verfahrens bei Narben, Keloiden, Sehnenscheidenphlegmonen, Sehnenverklebungen, Gelenkversteifungen (besonders gonorrhoischer Natur), Elephantiasis usw. waren gute. Trigeminusneuralgien konnten wiederholt (Neurolyse) behoben werden. Schließlich wurden inoperable Tumoren durch die Pepsin-Pregl-Lösung wesentlich gebessert. (Fortschr. d. Ther. Nr. 4, 1925.)

Streptokokkeninfektionen — Ammoniak innerlich.

Rp:	Ammon. carbon.	0.5
	Liq. ammon. anis.	5.0
	Aquae. ad	200.0
	Syr. simpl.	20.0

M. S. Alle ein bis zwei Stunden einen Eßlöffel.

Dieses alte, von Prof. Unna (Hamburg) namentlich zur Behandlung des Erysipels empfohlene Rezept, hat Eytel (prakt. Arzt in Spaichingen, Württemberg) auch bei Phlegmonen, Puerperalfieber, Osteomyelitis u. dgl. vielfach als wertvolle Unterstützung der äußeren Therapie gefunden (Schädigung der Erreger durch die Steigerung der Blutalkaleszens?) (M. m. W. Nr. 20, 1925.)

Wundheilung — Einfluß der Ernährung.

Auf der 49. Tagung der Deutschen Ges. f. Chir. in Berlin (IV, 1925) erörterte Hermannsdörfer die Bedeutung zweckentsprechender Diät für die Wundheilung, insbesondere bei infizierten Wunden. Da saure Reaktion für Bakterienwachstum im allgemeinen ungünstig ist, wurde saure

Kost verabreicht, bzw. solche Stoffe, deren Mineralbestandteile einen Säureüberschuß enthalten. Die Alkalireserve des Blutes wurde so erniedrigt und im Wundgewebe die Wasserstoff-Ionenkonzentration erhöht. Alkali im Überschuß aufweisende Pflanzenkost ist also kontraindiziert. Die saure Kost erzielte Einschränkung der Wundabsonderung, Schrumpfung und Festigung der Granulationen, während Alkalikost die Wunden schmierig und übelriechend machte. Die Wundflora war bei solcher Pflanzenkost sehr üppig, bei saurer Kost hingegen spärlich und eintönig. Die Wirkung der Sauerdiät beruht nicht bloß auf der chemischen Reaktion des Wundsekrets, sondern auf einer Reihe von biologischen Umstellungen, wie unspezifische Reizwirkung, Leukozytose, Beeinflussung der Phagozytose, Änderung im Kalziumgehalte und Aktivierung von Fermenten. — Aus der anschließenden Aussprache sei hervorgehoben: Eiselsberg beschleunigt die Heilung eiternder Wunden durch interne Gaben von Ammonium chloratum, wobei Vorsicht wegen Nierenreizung geboten ist. Israel erwähnte, daß die schlechte Heilung von Knochenbrüchen bei experimentellem Skorbut durch saure Kost gebessert werden konnte. Auch Cooper habe bei Galeerensträflingen beobachtet, daß geheilte Knochenbrüche unter dem Einflusse der eintönigen Kost zu Verunstaltungen führten. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 22, 1925.)

Zwerchfellruptur nach stumpfen Verletzungen

wird jetzt nach A. Hadri (Chir. Univ.-Klinik, Szeged) namentlich infolge von Autounfällen häufiger beobachtet. Bei Kindern, die überfahren werden, kann das Zwerchfell durch die plötzliche Dehnung im Centrum tendineum (meist links, da rechts das Zwerchfell durch die Leber verstärkt wird) einreißen; bei Erwachsenen entsteht häufiger eine subkutane Rippenfraktur, wodurch das Zwerchfell gewöhnlich im muskulären Teil aufgespießt wird. Dabei kann es auch zu Verletzungen von Bauchorganen (Perforation, Leber-, Milzblutungen) kommen. Durch den Riß wird zunächst das Netz, dann eventuell das Querkolon und der Magen in die Brusthöhle gesaugt. Auch später kann die Zwerchfellhernie zu Einklemmungen der Baucheingeweide führen. Spontanheilung ist selten und nur bei Längsrissen möglich. Die Diagnose ist oft schwierig. Die Röntgendurchleuchtung (Höherstehen der Magenblase!) muß wegen der Möglichkeit einer Perforation ohne Kontrastfüllung geschehen. Charakteristisch sind Schulterschmerzen links (Phrenikusreiz) und namentlich Schmerzen beim Zusammendrücken der Rippenbögen (frontal und sagittal), wenn kein Rippenbruch vorhanden ist. Die plötzliche Verdrängung der Lunge und des Herzens kann zu Atemnot und Arhythmie führen. Fast stets besteht Bauchdeckenspannung, eventuell blutiges Erbrechen (Magenvolvulus). Bei Bauch- und Brustquetschungen ohne äußere Wunde soll man stets an die Möglichkeit eines Zwerchfellrisses denken und sofort operieren, wenn der Zustand des Pat. sich nicht bald bessert. Durch die Naht des Zwerchfells nach Soresi wird der Zwerchfellhernie mit Sicherheit vorgebeugt. An jeder Längsseite des Risses werden in kurzen Abständen Doppelseiden- oder Katgutfäden angelegt und geknotet. Die gegenüberliegenden Doppelfäden werden dann fest miteinander verknüpft, um den Spalt zusammenzuziehen. Die an den Ecken durchgezogenen Doppelschlingen werden ebenfalls gegeneinander gezogen und geknotet. Die Faszienplastik wird hiedurch überflüssig. Durch die Phrenikotomie wird die Zwerchfellnaht wesentlich erleichtert. (M. Kl. Nr. 20, 1925.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Eklampsie und Diät.

Bekanntlich waren in den Kriegs- und Nachkriegs-Hungerjahren in Deutschland und Österreich die Eklampsie und die Schwangerschaftsnephrosen recht selten. Prof. Zweifel („Ars Medici" 1923, S. 559) hat das folgendermaßen erklärt: Bei der Schwangerschaft ist die Oxydation durch den Fötus stärker in Anspruch genommen und die zugeführten Speisen werden schwerer oxydiert, es kommt zur Anhäufung von Fleischmilchsäure, die auch bei Eklamptischen und Schwangerschaftsnierenkranken stets vermehrt gefunden wird. „Es drängt sich der Vergleich mit dem glimmenden, nicht recht brennenden Feuer im Ofen auf." Der Schluß ist einfach: „Schwangere sollen weniger Fleisch und mehr Vegetabilien essen, solche mit Vorboten der Eklampsie gar kein Fleisch mehr, sondern als tierisches Eiweiß nur Milch. Auch die Fettzufuhr ist einzuschränken."

Gessner (Magdeburg) schließt sich dieser Erklärung der Eklampsieentstehung vollkommen an, nicht aber den Schlußfolgerungen. Vegetabilische Nahrung ist doch nicht leichter verdaulich oder leichter oxydabel als animalische Nahrung. Die tägliche Erfahrung lehrt genau das Gegenteil. Vegetabilische Ernährung ist nur Menschen anzuraten, die viel in freier Luft körperlich arbeiten müssen, bei allen anderen Menschen führt sie zu Blähungen infolge sich entwickelnder starker Fäulnis im Darme. Nichts kann uns aber bei drohender Eklampsie unerwünschter sein als das Aufgetriebensein und Verstopfung. Die Franzosen beginnen daher ganz mit Recht jede Eklampsiebehandlung neben dem Aderlaß mit einer energischen Darmentleerung unter eventueller Anwendung selbst drastischer Abführmittel. Die Folgerung, die wir aus den Erfahrungen der Kriegsjahre ziehen sollen, lautet vielmehr: Die Schwangeren sollen bei gewohnter gemischter Kost recht viel Bewegung im Freien machen, dadurch wird ihre Oxydation gehoben.

Ebenso bekämpft Verfasser den Vorschlag Bumms, einer Schwangeren oder gar einer Eklampsiedisponierten alle animalischen Stoffe, sogar den Genuß von Milch zu untersagen, welchen Vorschlag auch Zweifel schon abgelehnt hat. Es gibt gerade kein besseres Mittel, um eine drohende Eklampsie noch in zwölfter Stunde zu verhüten, als reine Milchdiät. So verordnete Tarnier bei drohender Eklampsie Milchdiät, Bettruhe und Schwitzprozeduren und sah keine Eklampsie ausbrechen, wenn noch acht Tage lang vor der Geburt diese Behandlung angewendet worden war. Nur soll man nicht mehr als 1 l Milch pro Tag geben, weil eine gewisse Unterernährung bei drohender Eklampsie für die Wirkung von Wichtigkeit ist. — Bei der Pyelitis gravidarum ist die Bummsche Ablehnung der reinen Milchdiät berechtigt, aber bei Schwangerschaftsnephrosen und bei drohender Eklampsie leistet die reine Milchdiät sehr Gutes. Eine direkte Hungerdiät, wie sie z. B. Rissmann („Ars Medici" 1922, S. 501) bei drohender Eklampsie empfiehlt, ist auch abzulehnen, weil sie die bestehende Azidosis noch vermehrt. Die Milchdiät (bis zu 1 l täglich) im Verein mit Bettruhe und Schwitzprozeduren bleibt hier das Beste. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 14, 1925.)

Die Behandlung entzündlicher Adnextumoren.

Von Prof. O. v. Franqué (Univ.-Frauenklinik, Bonn).

Prophylaxe. Adnexitiden und Sterilität kommen auch bei bis zur Ehe unberührten jungen Frauen mit gesunden Männern vor, indem von

einer Appendizitis oder Sigmoiditis aus Erreger in die Bauchhöhle und Genitalien gelangen. Ferner ist Tbc. in 10% aller operierten Fälle die Ursache der Adnexitis. Schließlich können Anginen und Grippen, namentlich bei Gebärenden und frischen Wöchnerinnen die Adnexe gefährden. Am häufigsten ist freilich die Infektion von der Scheide aus durch den Uterus (innere Untersuchungen, Kohabitation während der Periode, in den letzten Tagen der Schwangerschaft, im Wochenbett; Gonorrhoe usw.). Die geringsten Temperatursteigerungen während oder nach der Geburt indizieren strenge Bettruhe. Durch Befolgung dieser Regel kann manche Einkindsterilität vermieden werden. — Eine gonorrhoisch infizierte Wöchnerin sollte jedenfalls drei bis vier Wochen das Bett hüten. Während der Gravidität ist die Behandlung der Zervix mit Stäbchen oder Ätzungen auszusetzen. Höchstens ist das Einlegen morgens eines Wattetupfers mit Protargolsalbe vor die Portio gestattet, der abends entfernt wird. Nachher und vor dem Einführen jedesmal laue Spülung mit 1 bis 2 l Hg. oxycyanat. 1:5000. Dieselben Spülungen heiß (40° R) im Wochenbett vom sechsten Tag ab. — Die Tubendurchblasung kann durch Infektion die dauernde Sterilität besiegeln. Sie ist keineswegs dem praktischen Arzt zu empfehlen. Das Gleiche gilt von allen gewaltsamen Aufrichtungsversuchen des Uterus. Zu warnen ist ferner vor den Intrauterinstiften und -kanülen u. dgl. Die Behandlung der Sterilität und Dysmenorrhoe mit dem Fehlingschen Röhrchen und der Spülkur des Uterus ist nur an der Klinik unter Bettruhe und strenger Kontrolle der Pat. gestattet.

Therapie. Ein Vorteil der Proteinkörperinjektionen ist nicht zu konstatieren; im akuten Stadium sind sie jedenfalls kontraindiziert. Solange Fieber und Schmerzen bestehen, ist nur für Bettruhe, Stuhlregelung, leichte, anfangs flüssige Kost zu sorgen. Gegen die Schmerzen Eisblase, Suppositorien mit Belladonna, Pantopon oder Dicodid; später feuchtwarme oder Alkoholumschläge und bei bereits normaler Temperatur heiße Dauerspülungen der Scheide, ein- bis zweimal täglich mit 6 bis 10 l Lugollösung (10 bis 15 g pro Liter), ansteigend 32 bis 40 bis 45° R, am besten mittels des Heißwasserscheidenspülers, einer Glasbirne, die Zu- und Ablauf enthält, fest in der Schamspalte sitzt und diese vor dem heißen Wasser schützt. Jeden zweiten Tag nach der Spülung Einführen eines 10%igen Ichthyol-Glyzerintampons hoch ins Scheidengewölbe. Nur notfalls Anwendung der Handelspräparate durch die Patientin selbst. Auch warme Sitzbäder mit 2%iger Mutterlauge oder Staßfurter-, See-, Vieh-, Moorsalz, Fangopackungen, Heißluft, Diathermie sind zweckmäßig. Bei allen Resorptivkuren sorgfältige Temperaturkontrolle (bei Fieber sofort aussetzen)! Sol- oder besser Moorbadekuren sollen nicht vor drei bis vier Monaten nach dem letzten Fieberanfall begonnen werden. — Bei hartnäckigen Blutungen Scheidentamponade mit Ichthyolglyzeringaze, die alle ein bis zwei Tage erneuert werden muß. Hypophysin subkutan, eventuell direkt in die Portio, gleichzeitig Kalzium per os; Calcophysin (= Kalzium + Hypophysin + Hodenextrakt; Freund-Redlich) langsam venös, vier bis fünf Tage je eine Ampulle. — Eine eventuelle Operation ist möglichst lange hinauszuschieben. (M. Kl. Nr. 20, 1925.)

Ein eigentümlicher Geruch bei schweren Blutergüssen in die Bauchhöhle, namentlich bei Tubenruptur, aber auch Verletzungen der Milz, Leber, Niere usw. ist Prof. E. Vogt (Univ.-Frauenklinik, Tübingen) wiederholt aufgefallen. Dieser schwer definierbare, aber oft sehr auffällige Geruch geht vom ganzen Körper aus und wird bei Inzision der Bauchdecken vor Eröffnung der Bauchhöhle besonders deutlich. Das Symptom kann die Diagnose einer lebensgefährlichen intraperitonealen Blutung erleichtern. (M. Kl. Nr. 22, 1925.)

Die Kreuzschmerzen der Frauen.

Therapeutische Mißerfolge haben, wie Prof. G. A. Wagner (Vorst. d. Deutschen Univ.-Frauenklinik in Prag) ausführt, gezeigt, daß der Kreuzschmerz in vielen Fällen mit Genitalerkrankungen und Lageanomalien nichts zu tun habe. Es sind auch Erkrankungen der Lenden- und Kreuzbeinwirbel (Karies, Karzinose, Arthritis deformans), der Muskulatur (Lumbago usw.), Schwäche der lumbosakralen oder sakroiliakalen Gelenkbänder oder der Muskeln (asthenische Ptose) u. dgl. zu erwägen. Der genitale Kreuzschmerz wird durch Zug oder Druck auf die retrozervikalen vegetativen Nervengeflechte ausgelöst (Novak). Analog wirkt auch dauernde Hyperämie infolge übertriebener Masturbation, Coitus interruptus, Dyspareunie, sexueller Abstinenz usw. Diese parazervikalen Ganglien sind so empfindlich, daß selbst in tiefer Narkose durch Druck mit dem Finger oder einem Stieltupfer auf sie vom Douglasperitoneum her reflektorisch ein Stöhnen mit tiefer Inspiration ausgelöst wird (könnte eventuell bei Asphyxie versucht werden!).

Therapie. Beseitigung von Obstipation; Atropin, Papaverin intern oder Novokain lokal zum Beheben von Spasmen der reichlichen glatten Muskelfasern der Sakrouterinligamente; Stützmieder und Pessar zur Unterstützung der schlaffen Bauchdecken und des Beckenbodens und Entlastung der entzündlich infiltrierten oder bereits geschrumpften Sakrouterinligamente, die allein das Sinken des Uterus verhindern müssen; im (sub)akuten Stadium außerdem heiße Scheidenduschen, Chloralhydrat- oder Ichthyolglyzerintampons. Bei konservativ durchaus unbeeinflußbarer Parametritis posterior wird folgende einfache in acht bis zehn Minuten (oberflächliche Narkose) durchführbare Operation empfohlen: Von einer hinteren Kolpotomie aus werden die als dicke Stränge sich anspannenden Sakrouterinligamente durchschnitten und an die uterinen Stümpfe ein bis zwei fettreiche Appendices epiploicae zart fixiert, die durch eine kleine Douglaslücke von der vorderen Rektalwand her durchgezogen wurden. (W. m. W. Nr. 23, 1925.)

Pruritus vulvae — Diabetikerskost.

Die dem Pruritus vulvae meist zugrundeliegende chronische intermediäre Stoffwechselstörung mit Beteiligung der Leber wird nach Arnoldi und Warnekros (Med. Univ.-Klinik Kraus und Univ.-Frauenklinik Warnekros, Berlin) auch bei nichtdiabetischen Frauen durch eine antidiabetische Kost in leichteren Fällen schon in wenigen Tagen geheilt oder zum mindesten gebessert. In hartnäckigen Fällen beginnt die Kur (Bettruhe) mit zwei Gemüsetagen und anschließendem Hafertag (alle zwei Stunden eine Tasse Haferbrei). Letzterer wird auch weiter einmal wöchentlich eingeschaltet. An den übrigen Tagen pro Körperkilogramm 35 Kalorien, und zwar davon $^{2}/_{3}$ g Eiweiß und die Fette und Kohlehydrate im Verhältnis 1:1.7. In leichteren Fällen genügt folgende Diät: Morgens: Kaffee, Tee, Haferkakao oder Haferbrei, dazu zwei Scheiben Grahambrot mit reichlich Butter; mittags: Haferschleimsuppe, viel Gemüse mit Butter oder Speck, keine Kartoffel, sehr wenig Fleisch, dafür öfter Fisch; nachmittags wie morgens; abends: Gries- oder Reisbrei oder Haferschleim, ferner Gemüse ,Salate, Speck, Fisch abwechselnd. Alle Gemüse ohne Mehl, jedoch mit reichlich Butter zubereitet, höchstens ein Ei im Tag. Milch nur in kleinen Mengen, hingegen Rahm, Sauer- und Buttermilch gestattet. Verboten sind Fleischbrühen, Zucker (dafür Saccharin), Kuchen, Schokolade, Süßigkeiten, Kartoffel, Weißbrot.

Die geschilderte Diättherapie bewährte sich auch bei einem Manne mit ausgedehntem schweren Pruritus cutaneus. (M. m. W. Nr. 20, 1925.)

Schmerzlinderung bei der Geburt.

In Amerika hat sich die im Jahre 1923 von Gwathmey inaugurierte sogenannte „synergetische Methode“ eingebürgert, eine Kombination von subkutan und rektal eingeführten schmerzstillenden Medikamenten (vgl. „Ars Medici“ 1924, S. 537). Ist der Muttermund für zwei bis drei Finger durchgängig, dauern die Wehenpausen nur zwei bis drei Minuten und die Wehen 30 bis 40 Sekunden, so wird der Gebärenden 0.01 Morphin plus 2 cm³ 50%iges chemisch reines Magnesium sulfuricum subkutan injiziert. Wenn diese Medikamente genügend beruhigend wirken, dann wartet man mit der Ätherzufuhr ein bis zwei Stunden, bis die Wirkung vorüber ist. Tritt aber die sedative Wirkung nicht ein, so wird schon nach 20 Minuten folgende Lösung rektal verabfolgt: Rp: Aether. sulf. pro narc. 87.0, Alcohol absol. 8.75, Chinin. hydrobrom 0.5 bis 2.0, Olei olivar 43.0.

Lörincz (Wöchnerinnenheim, Ujpest) hat das synergetische Verfahren bei 50 Geburten mit glänzendem Erfolge angewendet und weist auf folgende Punkte hin, die dabei zu beobachten sind. Das Morphin darf unter der Geburt im ganzen nur einmal in der Dosis von 0.01 gegeben werden; das ebenfalls recht gut beruhigend wirkende Magnesium sulfur. ist ungefährlich und kann in der obigen Dosis noch ein- bis zweimal wiederholt werden. Das hauptsächlich schmerzstillende Agens ist natürlich der Äther, der sehr schnell resorbiert wird; die Frauen spüren sofort den Äthergeschmack im Munde. Der Alkohol dient dazu, um das Chinin in Lösung halten zu können, zugleich aber auch, um eine zu schnelle Ätherdiffusion hintanzuhalten, ähnlich wie in der Billrothschen Mischung. Das Chinin (nur Chinin. hydrobrom. löst sich in Alkohol) soll vorbeugend die etwa ungünstig beeinflußten Wehen verstärken. Die ganze Lösung wird der Gebärenden in einer Wehenpause in Seitenlage eingespritzt. Sie wird aufgefordert, tief zu atmen und die Flüssigkeit unbedingt zurückzuhalten. Nach drei bis zehn Minuten schläft die Frau ein, die Wehen hören aber nicht auf; später besteht für die Wehen volle Amnesie. Die Hauptschwäche der Methode ist ihre kurze Dauer, da sie nur vier bis fünf Stunden lang wirkt. Zwar verlängert eine wiederholte Magn.-sulfur.-Einspritzung die Schmerzstillung noch um 30 bis 40 Minuten; ist aber nach dieser Zeit die Geburt nicht beendet, so spürt die Frau wieder alles. Die Injektion muß also genau vier bis fünf Stunden vor der Beendigung der Geburt gemacht werden, und es gehört große Erfahrung dazu, diesen Zeitpunkt richtig zu treffen. Im allgemeinen kann man den Äthereinlauf bei Mehrgebärenden schon bei einer Größe des Muttermundes von 4 cm anwenden, ohne Rücksicht darauf, ob der Kopf noch hoch steht oder schon in das Becken eingetreten ist, und ob die Blase noch steht. Bei Erstgebärenden warte man, bis der Muttermund noch weiter geöffnet ist und auch der Kopf mit seinem größten Umfange den Beckeneingang passiert hat. Ein weiterer Nachteil des Verfahrens ist, daß einzelne Frauen so tief eingeschläfert werden, daß die Bauchpresse ausgeschaltet wird. Doch trifft das nur selten zu und ist auch dann nicht von langer Dauer. Die meisten Frauen schlummern in der Wehenpause, während der Wehe sind sie aber wach und reden viel und sinnlos herum; sie pressen bei Aufforderung mit aller Kraft mit und geben an, daß ihnen das Pressen keine Schmerzen verursacht. Gegenüber diesen Nachteilen ist als entscheidender Vorteil für die Methode zu betonen, daß sie nach genauer Einstellung die ganze Entbindung schmerzlos macht, und zwar ohne die nachteiligen Begleiterscheinungen einer Äthernarkose. Das

Verfahren ist für Mutter und Kind unschädlich; nur zwei Kinder kamen asphyktisch zur Welt, wurden aber durch thermische Reize wieder belebt. Ferner ist die Methode so einfach, daß sie auch in der Wohnung der Gebärenden angewendet werden kann; der Arzt muß gar nicht dauernd anwesend sein, sondern kann die weitere Geburtsleitung auch einer erfahrenen Hebamme überlassen.

Indiziert ist das Verfahren nur bei ausgesprochenem Wunsche der Patientin und bei voraussichtlich normaler Geburt; ferner bei solchen Mehrgebärenden, die bei früheren Geburten viel gelitten haben und in ständiger Angst vor der Geburt leben; schließlich bei sehr nervösen und sehr schwächlichen Erstgebärenden. Ein Versuch mit der Methode wäre sicherlich auch bei Eklampsie gerechtfertigt und aussichtsreich. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 20, 1925.)

Über Vakzinetherapie in der Gynäkologie

sprach Dozent R. Hofstätter (Wien) im Verein deutscher Ärzte in Prag. Dieselbe ist bei entsprechender Technik in 90% der chronisch entzündlichen Genitalerkrankungen erfolgreich. Diese werden praktisch in gonorrhoische (mindestens 50%), septische (Strepto- und Staphylokokken, Koli, Pneumokokken, Diphtherie usw.) und tuberkulöse eingeteilt. Die septische Gruppe enthält oft Mischinfektionen mit Gonorrhoe oder Tbc. Eine Propagation der Tbc. oder Gonorrhoe durch die Vakzinetherapie wurde niemals beobachtet (zwölfjährige Erfahrung). Verwendet wurden die Gonokokken- und die Vollmischvakzine des Wiener Serotherapeut. Institutes. Erstere enthält im Kubikzentimeter 1000 Millionen G., letztere je 1000 Millionen Gono- und Staphylokokken, 200 Millionen Kolibazillen und 20 Millionen Streptokokken; als Konservierungsflüssigkeit 1% Mirion (drei bis vier Monate haltbar). Außerdem wurde zeitweise mit Yatrenpräparaten, Milch, Kaseosan, kolloiden Metallen, bei Mißerfolgen mit Autovakzine gearbeitet; peinlichste Lokalbehandlung, vaginale Diathermie. Dosierung: Beginn mit 0.1 bis 0.2 cm³ tief subkutan oder muskulär, in drei- bis achttägigen Intervallen je nach der Reaktion, die mindestens zwei Tage lang abgeklungen sein muß, ansteigen um 0.1 bis 0.2 cm³. Bei wiederholtem Ausbleiben jeder Reaktion Wechsel des Präparates, eventuell Autovakzine. Kontraindikationen: schwere Tbc. oder Kachexie, interkurrente hochfieberhafte Erkrankungen.

In hartnäckigen Fällen wird die Vakzine nach Bucura in vorsichtigen (eventuell ein Drittel-) Dosen direkt in die Portio uteri injiziert (raschere und stärkere Reaktionen!). Trotz allem erforderlich werdende Operationen erfolgen nach der Vakzinetherapie unter bedeutend günstigeren lokalen Verhältnissen, die viel eher einen wenigstens teilweise konservativen Eingriff ermöglichen. (M. Kl. Nr. 17, 1925.)

Die vikariierende Menstruation,

das heißt die in vierwöchentlichen Intervallen auftretende Blutung aus irgendwelchen Organen (siehe „Ars Medici" 1921, S. 352) mit oder ohne gleichzeitige Uterusblutung, betrifft am häufigsten Nasenblutungen, dann Fistelblutungen, Hautblutungen, Lungen- und Mammablutungen, seltener sind schon Magen-, Blasen- und Darmblutungen. Die zyklische, durch die Ovarienfunktion ausgelöste Blutdrucksteigerung und die zu dieser Zeit erhöhte Kapillardurchlässigkeit werden zur Erklärung dieser Blutungen herangezogen. Lönne (Gelsenkirchen) beschreibt einen seltenen und interessanten Fall von zyklischen Blutungen aus der Niere, bzw. dem Harnleiter. Die jetzt 26jährige Patientin hat nie menstruiert. Seit dem 16. Lebensjahre

alle vier Wochen auftretende Rücken- und Kreuzschmerzen. Vor zwei Jahren wegen rechtsseitiger Ovarialzyste und doppelseitiger Hämatosalpinx operiert. Etwa ein Jahr danach begannen Blasenblutungen, die sich alle vier Wochen einstellten und zystoskopisch als aus dem linken Ureter kommend erwiesen. Die Blutungen sind reichlich und ermüden und schwächen die Kranke sehr. Das linke Ovarium vergrößert und schmerzhaft. Nochmalige Laparatomie und Entfernung des linken zystisch degenerierten Ovariums. Trotzdem treten die Blasenblutungen weiter pünktlich vierwöchentlich auf. Die Patientin wird immer schwächer und elender und ist berufsunfähig. Da die zyklischen Blutungen doch nur von einer Ovarienfunktion herrühren können, wird angenommen, daß rechts oder links trotz der Exstirpationen noch funktionierende Ovarienteile zurückgeblieben seien, und deshalb beiderseits eine Röntgenkastrationsdosis (je 35% HED) gegeben. Darauf hören die Blutungen prompt auf. Patientin erholt sich, nimmt an Gewicht zu und ist bald wieder voll arbeitsfähig. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 21, 1925.)

Pädiatrie.

Asphyxie beim Neugeborenen infolge mangelhaften Zungenbändchens.

Die erworbene Asphyxie Neugeborener kann Folge von Erkrankungen des Atemzentrums, von Gehirnverletzungen, Lungen-, Herz-, Magen- oder Nasenerkrankungen sein. Bei letzteren sinkt, wenn infolge Verlegung der Nasengänge mit offenem Mund geatmet wird, die Zunge im Schlafe nach hinten und verursacht Erstickungsanfälle. Diese können jedoch auch durch Ausbreitung der Nasenschleimhautschwellung auf den Rachen und Gaumen hervorgerufen werden. Coutin beobachtete einen Fall von Asphyxie bei einem zwei Wochen alten Mädchen, welche anfangs gleichfalls auf Nasenerkrankung zu beruhen schien (WaR der Mutter negativ), da die rechte Nasenhöhle durch Schleimhautschwellung verengert, der vordere Gaumenbogen und das Zäpfchen leicht gerötet war. Später zeigten sich jedoch unabhängig von den Mahlzeiten wiederholte ernste asphyktische Anfälle mit bedrohlicher Zyanose. Dabei fiel die vordere Zungenhälfte nach hinten und die Zungenspitze lag am harten Gaumen, so daß bei der Einatmung die Zunge aspiriert wurde. Die Untersuchung ergab weiters das Zungenbändchen sehr klein und nur als geringe Schleimhautduplikatur sichtbar; wahrscheinlich war auch der ganze bindegewebige Aufhängeapparat der Zunge schlaff und unterentwickelt, da fast die ganze vordere Zungenhälfte ohne rechte Fixation schien. Choanalschwellung allein war nicht die Ursache der Asphyxie; denn die Behandlung des Nasenleidens mit Adrenalineinträufelung und -tamponade konnte die Erstickungsanfälle nicht zum Schwinden bringen. Dies gelang vielmehr erst durch mechanische Niederdrückung der zurückgesunkenen Zunge mit dem Spatel; spontan ging die Asphyxie auch zurück, wenn das Kind beim Schreien den Mund stark öffnete, so daß ihn die zurücksinkende Zunge nicht ganz verschließen konnte. Die Anfälle hörten mit zunehmender Kräftigung des Kindes schließlich von selbst auf. (Monatsschr. f. Kinderhk., Bd. 30, H. 1, 1925.)

Alterstbc. und Kleinkindergefährdung.

Aus der Statistik des Patholog. Inst. der Univ. Leipzig weist R. Taubert nach, daß ein großer Teil der hustenden alten Leute nicht an „chronischer Bronchitis“, Lungenemphysem usw., sondern an Lungentbc. leidet

und damit als Gefahrenquelle für die Umgebung, namentlich für Säuglinge und Kleinkinder im gemeinsamen Haushalt zu betrachten ist. Der Hausarzt hat somit die Pflicht, durch wiederholte sorgfältige Sputumuntersuchungen (Antiforminanreicherung — Ref.) die Diagnose sicherzustellen und entsprechende hygienische Maßnahmen zu treffen. (M. m. W. Nr. 20. 1925.)

Über diagnostische Erfahrungen mit Dermotubin

(Löwenstein; Staatl. Serother. Inst. Wien) an 200 Kindern der Kinderheilstätte Krems berichtet Primarius O. Kaan. 142 Kinder zeigten gleichzeitig positive Hautreaktion nach Löwenstein (Salbenreaktion) und nach Pirquet; 11 nur positiven Löwenstein, 3 nur positiven Pirquet. Von den negativen Fällen ergaben noch 5 positive Stichreaktion auf 0.1 mg AT, 2 auf 1.0 mg AT. Die Löwensteinsche Hautreaktion weist somit 94% der Fälle von erfolgter Tbc.-Infektion nach und ist auch wegen ihrer Einfachheit namentlich für Massenuntersuchungen zu empfehlen. Die Einreibung erfolgt am besten mittels Gummifingerlings nach Ätherabreibung am Manubrium sterni, genau eine Minute lang. Kontrolle nach 48 Stunden, bei negativem Ausfall auch noch nach acht Tagen; schon ein einziges Knötchen gilt als positive Reaktion. Bei negativer Reaktion neuerliche Einreibung an derselben Stelle und in gleichwohl suspekten Fällen nach 48 Stunden (später Überempfindlichkeit!), bei wiederum negativem Ausfall Stichreaktion nach Mendel-Mantoux (intrakutan). Der Prozentsatz der dabei noch positiv reagierenden Fälle ist aber so gering, daß praktisch die zweimalige Salbenprobe genügt (M. Kl. Nr. 20. 1925.)

Habituelles Erbrechen, Rumination und Pylorospasmus der Säuglinge.

Man kann nach Prof. H. Finkelstein (Berlin) die zahlreichen Fälle von Wochen oder Monate langem Erbrechen der Säuglinge in fol gende drei Gruppen einteilen:

1. Das habituelle Erbrechen bei hyper-, bzw. atonischen Säuglingen. Die hypertonische Magenwand reagiert schon auf geringe Dehnung mit lästigem Spannungsgefühl, die atonische wird schon durch mäßige Belastung überdehnt. Erfahrungsgemäß wirken konzentriertere Nahrungsgemische günstig, weil sie die Peristole (reflektorische Magenentleerung) anregen. Man steigt also stufenweise auf Dreiviertel- oder Vollmilch, eventuell auf mäßig eingedickte Vollmilch, Eiweißmilch mit geringerem Wasserzusatz, Vollmilch mit Buttermehlschwitze und Zucker, eingedickten Halb- oder Vollmilchbrei oder schließlich milcharme oder milchfreie Breie. Oft genügt die Vorfütterung von zwei bis drei Teelöffeln Brei vor jeder flüssigen Mahlzeit. Röntgenologisch zeigt der bei flüssiger Kost große, ovale Magen eine große Luftblase, bei Breikost hingegen ist der Magen klein, rund, die Luftblase oft kaum sichtbar.

2. Die Rumination findet sich erst nach dem sechsten Lebensmonat. Die Kinder regurgitieren ständig, willkürlich und anscheinend mit Behagen den Mageninhalt in den Pharynx. Dies wird durch konsistentere Kost gleichfalls erschwert. Nicht selten versagen aber die Milchbreie, dann kommt der Psychotherapie die Hauptaufgabe zu. In schweren Fällen wird ein kleiner, an der Magensonde befestigter Fischblasenballon eingeführt, der aufgeblasen unter der Kardia bis zur nächsten Mahlzeit liegen bleibt und so das Aufsteigen des Mageninhaltes mechanisch verhindert („Ars Medici" 1924, S. 542). Sehr aussichtsvoll ist die Rogatzsche Diät: Kartoffel-, Gemüse- oder Mehlbreie ohne oder mit ganz wenig Milch, Butter, Weißkäse, etwas dünne Gemüsebouillon, Eigelb, püriertes Fleisch.

3. Die spastische (hypertrophische) Pylorusstenose verursacht im Beginn häufiges Erbrechen, schon während oder bald nach dem Trinken (spastisches Erbrechen); späterhin wird es seltener und mäßiger; die Ausheberung ergibt beträchtliche Reste, der Magen ist stark erweitert („Resterbrechen"). In den ersten ein bis zwei Wochen gibt man am besten alle (15 bis) 30 bis 60 Minuten mit mindestens sechsstündiger Nachtpause je 10 bis 15 g eisgekühlter kalorienreicher Nahrung; allmählich werden die Portionen und Intervalle größer, bis man nach 10 bis 14 Tagen bei sechs bis acht Mahlzeiten stehen bleibt, an denen während der Periode des Resterbrechens festgehalten wird. Jede Unterernährung ist zu meiden. Sehr fettreiche Mischungen sind ungeeignet. Oft ist Übergang von Brustmilch zu künstlicher Kost günstig, nicht aber umgekehrt. Autor verwendet unverdünnte Eiweißmilch (= käufliches Präparat mit der gleichen Menge Wasser) mit 5 bis 10 bis 20% Kohlehydrat, Moll mit Calc. lact. in der Hitze zur Gerinnung gebrachte Vollmilch mit reichlichem Kohlehydratzusatz. Breie bieten keinen Vorteil gegenüber der konzentrierten flüssigen Kost. Im Stadium des Resterbrechens müssen die Reste durch regelmäßige Magenspülungen entfernt werden. Medikamentös haben sich nur Atropin (vor jeder Mahlzeit fünf Tropfen der Lösung 1:1000 oder auch mehr, eventuell bis zum Auftreten eines Rash als Zeichens der erreichten Toleranzgrenze) und Suprarenin (0.2 mg der Lösung 1:1000 intrakutan vor jeder Mahlzeit), abwechselnd oder gleichzeitig bewährt. Manchmal tritt die Wirkung erst nach mehreren Tagen ein und hält auch einige Tage an. Die Fredel-Weber-Ramstedtsche Operation ist tunlichst nur auf die wenigen Fälle zu beschränken, in denen es in 14 Tagen nicht gelingt, den anfangs steilen Gewichtsverlust zum Stillstand zu bringen. (Die Ther. d. Gegenw. H. 5, 1925.)

Rachitis — bestrahlte Milch.

Die außerordentlich günstige Wirkung der Quarzlampe bei Rachitis harrt noch der Erklärung. Man kann vielleicht annehmen, daß unter dem Einflusse der Strahlen die Synthese von unverseifbaren antirachitischen Stoffen im Organismus begünstigt wird. Der amerikanische Prof. Hess (gleichzeitig auch die Autoren Steenbock und Black) haben in Experimenten an Ratten nachgewiesen, daß Bestrahlung der Nahrung ebenfalls antirachitisch wirkt. Durch Verfütterung von bestrahltem Baumwoll- oder Leinsamenöl wurden Ratten vor Rachitis bewahrt, während die Kontrolltiere (mit unbestrahltem Öl gefüttert) an Rachitis erkrankten. Das bestrahlte Öl nahm dabei einen Geruch an, der an Lebertran erinnert. — Dozent György (Univ.-Kinderklinik, Heidelberg) machte therapeutische Versuche an rachitis- und tetaniekranken Kindern. Gewöhnliche, dem Alter des Kindes entsprechende Milchverdünnungen wurden in Gefäßen mit breiter Oberfläche eine halbe bis eine Stunde durch die Quarzlampe bestrahlt und schwer rachitischen und tetaniekranken Kindern ohne jede andere Therapie verabreicht. In vier bis sechs Wochen (manchmal schon nach zwei Wochen) stellten sich auffallendste Besserungen ein. Die Versuche werden fortgesetzt. Die bestrahlte Milch nahm einen eigentümlich faden, fast muffigen, tranähnlichen Geschmack und Geruch an. Prof. Moro schlug daher die Bezeichnung „Jekorisation der Milch" vor. Sollte das Verfahren sich weiter bewähren, so wäre es natürlich von weittragender Bedeutung. (Klin. Wschr. Nr. 23, 1925.)

Säuglingskropf.

Zur Therapie des angeborenen oder im Säuglingsalter aufgetretenen Kropfes, der häufig Ursache eines Stridors ist, empfiehlt Eckstein (Frei-

burg) auch im Säuglingsalter das Jod. Die Jodtherapie ist natürlich nicht harmlos, kann Durchfälle und Gewichtsstillstand hervorrufen und soll daher von Pausen unterbrochen sein und möglichst bald wieder abgebrochen werden. Als Form der Joddarreichung eignet sich im Säuglingsalter am besten die Einreibung einer Jodsalbe, und zwar täglich ein erbsengroßes Stück von Unguent. Kalii jodati = 0.01 g Jodkalium. (Arch. f. Kinderh. Bd. 76, H. 1.)

Säuglingslues — Stovarsol.

Stovarsol (bzw. das deutsche Ersatzpräparat Spirozid der Höchster Farbwerke) ist ein für die Säuglingspraxis besonders willkommenes Präparat, da es oral genommen wird und natürlich die venöse Salvarsaneinverleibung bei Säuglingen oft auf große Schwierigkeiten stößt. Man löst die Tabletten in Wasser und mengt dann die Lösung der Nahrung bei. Der Geschmack ist dadurch vollkommen verdeckt, und die Kinder nehmen die Nahrung ohne jeden Widerwillen. Die Stuhlgänge werden in keiner Weise beeinflußt. Man beginnt mit zweimal ein Viertel Tablette pro die, steigt aber bald auf viermal ein Viertel Tablette täglich und bei Säuglingen im zweiten Lebenshalbjahre auf viermal eine halbe Tablette pro Tag (eine Tablette = 0.25 g). Eine Kur dauert drei bis vier Wochen. Soldin und Lesser (Säuglingsanstalten Berlin-Wilmersdorf) berichten über ihre Erfolge. Stovarsol wird selbst von wenige Tage alten Säuglingen in der Dosis von 0.25 g täglich gut vertragen. Alle syphilitischen Symptome verschwinden prompt; Spirochäten sind meist schon nach 24 Stunden im Reizserum nicht mehr nachweisbar. Das Stovarsol ist den intern gegebenen Hg-Präparaten weit überlegen. Die WaR wurde stets günstig beeinflußt, wenn auch natürlich bei kongenitaler Lues nicht ganz negativ. Eine völlige Ausheilung der kongenitalen Syphilis ist vom Stovarsol ebensowenig zu erwarten wie vom Salvarsan; dazu ist die Spirochätendurchseuchung beim Säugling zu intensiv. Besonders hervorzuheben ist das gute Gedeihen der Säuglinge und deren Gewichtszunahme, welche durch die Besserung der Lues, aber auch wohl durch reine Arsenwirkung herbeigeführt wird. Dafür spricht die gute Wirkung des Stovarsols bei einigen nichtsyphilitischen Säuglingen mit schwerem nässenden Ekzem. Hier trat schon nach zwei- bis dreitägiger Stovarsolverabfolgung eine frappante Besserung und Aufblühen der Kinder ein. (D. m. W. Nr. 24, 1925.)

Scharlach- und Maserrnerreger — Entdeckung.

Der italienische Forscher Di Cristina glaubt den Scharlacherreger entdeckt zu haben, und Prof. Caronia und Sidoni (Rom) bestätigten seine Untersuchungen und halfen sie auf andere Krankheitserreger erweitern. Gebraucht wurden Nährboden aus Nährbouillon, zu welcher ein Drittel steriler Aszitesflüssigkeit und ein Leber- oder Nierenstückchen, aus gesundem Tiere steril entnommen, hinzugefügt wurden. Beschickt man diese Nährboden mit Scharlachmaterial (Blut, Harn, Schuppen, Pharyngealschleim Scharlachkranker) und schichtet zur Abhaltung der Luft steriles Vaselinöl darüber, so wächst ein anaerober, sehr kleiner (0.2 bis 0.4 Mikron) Keim, welcher sich einzeln oder zu zweien gepaart zeigt, mit einem klaren Hof umgeben, gram-positiv und durch Chamberlandfilter L11, L13 filtrierbar ist. Daß es sich wirklich um den Scharlacherreger handelt, wurde durch experimentelle Überimpfung auf Tiere und Menschen bewiesen (es traten Hauterytheme, Fieber und Schuppung auf), besonders aber durch die prophylaktische Vakzination von 5000 ansteckungsgefährdeten Kindern, welche sehr gute Ergebnisse hatte. — Mit den gleichen Methoden und Ergebnissen

hat Caronia im Jahre 1923 einen Keim von Masernkranken gezüchtet, der ebenfalls durch die experimentelle Reproduktion und durch die Vakzinoprophylaxe seine Spezifität erwies. Nun folgten bald die Entdeckungen ähnlicher Keime bei Röteln und beim akuten Gelenkrheumatismus. Alle diese Keime sind morphologisch und kulturell sehr ähnlich, unterscheiden sich aber durch ihre pathogene Wirkung (das heißt erzeugen im Experiment immer die spezifische Krankheit) und durch ihre hochspezifischen antigenen Eigenschaften (das heißt sie immunisieren nur spezifisch).

Italienische und französische Autoren haben diese Ergebnisse schon bestätigt. Von deutscher Seite wurden Gegenstimmen laut (S. Meyer, Monatsschr. f. Kinderh. Bd. 29, H. 4/5, 1925). Man muß also die Klärung der Angelegenheit noch abwarten. (D. m. W. Nr. 23, 1925.)

Zur Tonsillenfrage

veröffentlichen Dozent E. Nobel und Dozent A. F. Hecht (Univ.-Kinderklinik, Wien) Untersuchungen und Nachuntersuchungen operierter Fälle nach mehreren Jahren. Die Indikationsstellung zur Tonsillektomie wird wohl in Amerika am weitesten ausgedehnt. So hält Joseph C. Beck (Chicago) die Tonsillektomie bei folgenden Zuständen angezeigt: Rheumatismus, dekompensierte Vitien, Arteriosklerose, Septikämie, Magendarmstörungen, Nephritis, Hepatitis, phlyktänuläre Konjunktivitis, Scharlach, Diphtherie, tuberkulöse Erkrankungen, Lues und andere. — Ähnliche Anschauungen entwickeln andere amerikanische Autoren; bei ihnen scheint schon die Existenz der Tonsillen eine Krankheit darzustellen. Demgegenüber nehmen die meisten deutschen Pädiater und Laryngologen einen viel zurückhaltenderen Standpunkt ein, wie Czerny, Fein und andere. — Prof. Hajek (Wien) gibt zu, daß er im Einzelfalle von den Tonsillen ihre Bedeutung für Allgemeinerkrankungen und andere Affektionen nicht ablesen könne; eine Entscheidung, ob die Tonsillen im Einzelfalle mit Rheumatismus, häufigen Anginen, Sepsis usw. zusammenhängen, kann nur auf Grund eingehender klinischer Beobachtung mit Wahrscheinlichkeit gefällt werden.

Wenn man die physiologische Entwicklung der Tonsillen beobachtet, so sind diese bei Neugeborenen ausnahmslos ganz klein, aber schon im zweiten Lebensjahre füllen sie meist die Tonsillarbucht aus und überragen diese schon in 16% der Fälle. Etwa im vierten Lebensjahre findet sich ein Höhepunkt der Entwicklung, indem schon 11% der Kinder fast aneinander stoßende Tonsillen haben. Etwa im zehnten Lebensjahre zeigt sich dann ein zweiter Gipfelpunkt. Tatsächlich lehrt die Statistik, daß die meisten Tonsillektomien um das vierte und zehnte Lebensjahr herum ausgeführt werden. Vielleicht ist der erste Gipfelpunkt im vierten Lebensjahre auf Schmierinfektionen bei den kriechenden Kindern, der zweite Gipfelpunkt im zehnten Lebensjahre auf die in den ersten Schuljahren sich häufenden Infektionsgelegenheiten zurückzuführen. Jedenfalls ändert sich das Bild mit der Pubertät plötzlich; spontane Rückbildung der Tonsillen ist nach der Pubertät mit größter Wahrscheinlichkeit zu erwarten.

Ein Zusammenhang zwischen Mandelerkrankung und anderen inneren Leiden (Rheumatismus, Endokarditis, Nephritis usw.) besteht sicher oft, ist aber — wie erwähnt — nur durch längere Beobachtung festzustellen. Der Erfolg der Tonsillektomie in bezug auf innere Krankheiten ist vor dem fünften Lebensjahre schlecht. Man soll also die Operation, von ganz dringenden Indikationen abgesehen, erst nach dem fünften Lebensjahre vornehmen. Die Tonsillektomie nach dem fünften Lebensjahre setzt zweifellos in 90% der Fälle die Neigung zu Anginen erheblich herab. Ebenso werden günstig beeinflußt: Mundatmung, Rachenkatarrh, Disposition zu

Schnupfen, zu Fieber unbekannter Ursache und Heiserkeit, Zervikaldrüsen, Otitiden und der Ernährungszustand. Herzkomplikationen entwickeln sich bei Operierten vielleicht etwas seltener. Diphtherieerkrankungen verlaufen wohl etwas milder. Unbeeinflußt bleiben Bronchitiden, Pneumonien, Scharlach und Masern. Tonsillektomie im Verein mit Adenotomie soll auch skrofulöse Erscheinungen bessern. Von den Tonsillen kann auch bei Verwachsungen und Sekretretentionen Husten ausgelöst werden (Czerny, Mignon) und nach der Operation verschwinden. (Klin. Wschr. Nr. 22, 1925.)

Der vegetativ neurotische Anfall beim Kinde.

Von Prof. A. Reuß (Wien).

Bekannt sind die Neigung zu Krämpfen im Säuglingsalter und die Affektapnoe, Pyknolepsie, die rezidivierenden Nabelkoliken und das periodische Erbrechen der Kleinkinder. Bei Schulkindern beobachtet man häufig kurze Anfälle mit Erblassen, Übelkeit, Brechreiz, eventuell Erbrechen, Schwindelgefühl, Kopfschmerz, Flimmern vor den Augen und anderen Sehstörungen, sehr häufig massenhafter Salivation, manchmal auch verbunden mit Hypersekretion des Magens und nüchternem Erbrechen (Gastroxynsis). Die Anfälle können mehr oder wenig ausgeprägt wenige Minuten bis mehrere Stunden dauern und täglich, sogar wiederholt auftreten, aber auch Wochen und Monate lang aussetzen. Es handelt sich um übererregbare, sensible, oft sehr begabte Kinder mit oft ererbter neuropathischer Konstitution auf vegetativem Gebiet. Oft hört man, daß die Mutter an ähnlichen oder äquivalenten Zuständen leidet oder gelitten hat. Objektiv findet man starken Dermographismus, leiches Erröten und Erblassen, Neigung zu Hand-, Fuß- und Nachtschweißen (= Vasoneurose), positives Fazialisphänomen, herabgesetzten Kornealreflex. Zugrunde liegen wohl Störungen der Inkretion und des Salzstoffwechsels mit sympathischer oder parasympathischer, eventuell auch psychischer und motorischer Übererregbarkeit. Daher manchmal die günstige Wirkung des Milieuwechsels und suggestiver Methoden. Es bestehen enge Beziehungen zur Migräne und Epilepsie. Ebenso wie bei diesen Leiden ist es zweckmäßig, den Kindern längere Zeit hindurch Brom zu geben (2 bis 3 g täglich), eventuell kombiniert mit Kalk (Bromkalzium); beide setzen die zentrale, letzteres auch die sympathische Übererregbarkeit herab. Als gefäßerweiterndes Mittel ist ebenso wie bei Migräne das Luminal zweckmäßig. Für regelmäßige Stuhlentleerung ist Sorge zu tragen. Das zwangsweise Frühaufstehen der Schulkinder hat ohne Zweifel eine schlechte Wirkung. Zum Kupieren der Anfälle bewährt sich am besten eine Atropinpille à 1 mg; eventuell auch Papaverin. (M. Kl. Nr. 18, 1925.)

Haut- und venerische Krankheiten.

Ekzem und Pelzwerk.

Bei Ekzemen an Hals und Gesicht soll man immer an Pelzwerk als auslösendes Agens denken! (Vgl. „Ars Medici“ 1924, S. 507). Besonders gegen den Farbstoff Ursol sind manche Menschen überempfindlich. Professor Buschke und Ollendorff (Rud. Virchov-Krankenhaus, Berlin) berichten über folgenden Fall: 16jähriges Mädchen erkrankte an juckendem Ekzem des Halses und Gesichtes. Auf die vom Arzt verordnete Schüttelmixtur Verschlimmerung, auf Höhensonnenbestrahlung Fieber und erysipel-

artige Schwellung und Rötung. Darauf Krankenhausaufnahme. Hier wird das Ekzem unbekannter Ätiologie mit feuchten Umschlägen, Argentumbetupfungen, Kühlsalbe, Salizylvaseline und Borzink in zwei Wochen geheilt. Am Tage nach der Entlassung stellt sich die Patientin mit der gleichen Erkrankung wieder ein. Nun erst wird ein von der Patientin getragener Ziegenfell-Pelzkragen als Ursache der Affektion erkannt. Versuchsweise werden Haare dieses gefärbten Felles auf Nacken und Rücken mit und ohne Skarifikation der Haut fest und luftdicht appliziert. Überall entsteht juckendes Ekzem. Andere Menschen waren gegen dasselbe Fell unempfindlich. Es handelt sich also um eine individuelle Überempfindlichkeit; ein Fuchspelz besserer Qualität wurde von der Patientin gut vertragen. Ebenso war ihre Haut gegen andere Reize (Wollstoffasern, Jodoform, Leukoplast, Jodtinktur) nicht überempfindlich. Unter der oben erwähnten Behandlung und gleichzeitiger Eigenblutinjektion Heilung in 14 Tagen. Der Versuch einer spezifischen Desensibilisierung durch allmählich verstärkte Dosen des krankmachenden Ziegenfelles scheiterte am Widerstand der Patientin. (Klin. Wschr. Nr. 24, 1925.)

Bei Furunkulose und Akne

hatte M. Wolff (Berlin) mit Staphylo-Yatren (Behring-Werke in Marburg) sehr gute Erfolge. Um die Behandlung ambulant durchführen zu können und stärkere Fieber- und Allgemeinreaktionen zu vermeiden, bevorzugt er die intramuskuläre Injektion. Wenn man die Fläschchenpackung benützt, beginnt man mit 0.5 cm³, steigert in Abständen von zwei bis drei Tagen durchschnittlich um je 0.5 cm³ bis höchstens 3 cm³. Bei Verwendung der Ampullenpackung beginnt man mit Stärke I = 25 Millionen Keimen (= 0.5 cm³ der Fläschchenpackung) und steigert ebenfalls in Abständen von zwei bis drei Tagen um je 25 Millionen Keime. Meist genügen drei Injektionen zur Abheilung der Furunkel und bewirken längere Rezidivfreiheit. (D. m. W. Nr. 24, 1925.)

Hartnäckige Ulzerationen — Pyrogallol.

Nach Prof. A. Buschke und O. Leissner (Derm. Abt. d. Virchow-Krankenhauses, Berlin) ist das Pyrogallol namentlich bei hartnäckigen luetischen Geschwüren (z. B. Ulcus serpiginosum) und bei Lupus vulgaris erfolgreich. Nach Schwerin ist es auch bei phagedänischem Schanker zu empfehlen.

Zur Reinigung von Ulcera cruris erwies es sich jedem anderen Mittel als überlegen. Stark unterminierte oder ulzerierte Ränder werden zweckmäßig vorher vereist und mit der Cooperschen Schere abgetragen, bzw. exkochleiert und verschorft. Anschließend tägliche Verbände mit ansteigend 5 bis 10 bis 20 bis 50% Pyrogallusvaseline, die fingerdick aufgetragen wird. Die Umgebung wird mit Zinkpaste abgedeckt. Notfalls verwendet man selbst reines Pyrogalluspulver und darüber 50%ige Salbe (Intoxikationsgefahr, Harnkontrolle!). (M. Kl. Nr. 21, 1925.)

Zur Technik der intravenösen Injektion

verweist T. Benedek (Leipzig) auf die Vena jugularis externa als stets brauchbare Injektionsstelle. Wenn man den Kopf des liegenden Pat. seitlich dreht, tritt die über dem Kopfnicker querverlaufende Vene meist schon deutlich hervor, namentlich aber, wenn man den Pat. mit geschlossenem Munde pressen läßt. Auch zur Blutentnahme mit der Spritze ist die Vene stets gut brauchbar. (M. m. W. Nr. 15, 1925.)

Auch Ortmann (Magdeburg) verwendet die V. jug. ext., namentlich bei Säuglingen (Salvarsan bei Erblues!). Wenn man unter die Schulterblätter ein kleines Kissen schiebt, den Kopf etwas hintenüber biegt und seitlich fixiert, so sorgt der Säugling durch Schreien schon selbst dafür, daß die Vene deutlich hervortritt. (M. m. W. Nr. 18, 1925.)

Prof. Askanazy (Königsberg) verwendet neben den von Wunderlich empfohlenen zwei Kunstgriffen (1. Gesonderter Einstich in die Haut und danach in die Vene. 2. Vorschieben der ins Venenlumen eingeschobenen Kanüle unter Kontrolle, ob das Blut hiebei unbehindert weiter aus der Kanüle hervorsickert — S. M. Kl. Nr. 8, 1925.) folgende Technik: Um die Vene zu verhindern, der Kanülenspitze auszuweichen, ist es zweckmäßig, nach der Oberarmumschnürung die Haut des Unterarms etwa 10 cm unterhalb der Injektionsstelle mit dem linken Daumen peripherwärts straff anzuziehen. Auch trägt die kräftige Frottierung der Ellbogenbeuge mit Desinfizientien (Sublimat, Alkohol, Äther, jedoch keine Jodtinktur!) viel dazu bei, die Venen besser hervortreten zu lassen. (M. Kl. Nr. 18, 1925.)

Lepra — Thymol.

Mit dem von Hamzah in die Lepratherapie eingeführten Thymol hatte auch Heinemann gute Erfolge. Statt der von Hamzah verwendeten intramuskulären Injektion einer 10%igen Emulsion von Thymol in Lebertran injizierte Verfasser venös das Präparat Nr. 651 a von der Chemischen Fabrik Heyden in Dresden-Radebeul, welches sehr kleine Dosen Thymol in Emulsion enthält. Die Injektionen werden jeden vierten Tag gemacht. Anfangsdosis 0.2 cm³; jedesmal wird um 0.2 cm³ gesteigert bis zu 0.8 cm³; diese Dosis kann monatelang fortgesetzt werden. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 28, H. 12.)

Leucoplakia buccalis — Behandlung.

Weiße Flecke in der Mundschleimhaut brauchen nicht immer syphilitischer Natur zu sein (obwohl man daran stets denken und die WaR anstellen lassen soll — Ref.), sondern können auch eine traumatische Ursache haben (z. B. schlechte Zähne), auf Tbc. oder Lichen ruber planus beruhen. Ist Lues die Ursache, so bedarf sie sehr energischer Behandlung mit grauem Öl, Kalomel usw. (bei uns Neosalvarsan in ausreichender Dosis = 5 bis 6 g, eventuell kombiniert mit Bismogenol, 20 bis 30 g — Ref.). Schlechte Zähne sind zu behandeln (und zwar vor einer Hg- oder Wismutkur! — Ref.), faule Zahnwurzeln zu extrahieren, Rauchen (und Alkohol — Ref.) zu verbieten. Zur Mundspülung verwende man eine 1%ige Natr.-salicyl.-Lösung oder zehn Tropfen Jodtinktur auf ein Glas Wasser (bei uns wird vielfach auch die Preglsche Jodlösung angewandt: „Ars Medici" 1923, S. 37 „Ad 328" und S. 296 „Ad 184"). Dadurch wird die Abschuppung der hornartigen leukoplakischen Stellen gefördert. Ist die Partie weich geworden, dann Spülungen mit 3% Natr.-bicarbon.-Lösung, 5% Natr.-boricum-Lösung oder Eibischtee. Gegen Kaustik und die unverläßliche Radiumtherapie verhalte man sich reserviert, da manchmal karzinomatöse Entartung die Folge solcher Behandlungsmethoden ist. Bei Verdacht auf Malignität ist es am besten, sofort zur Exzision zu schreiten. (Journ. des practiciens, 2. V. 1925.)

Lupus — Ektebin lokal.

Die lokale Einreibung mit Ektebin-Moro wirkt nach Prof. Volk und Bujan (Lupusheilstätte, Wien) regelmäßig günstig auf Lupus vulgaris ein.

bei Lupus erythematosus ist die Wirkung unsicher. Die Anwendung geschah in Intervallen von drei bis vier Wochen, die Zahl der Einreibungen betrug vier bis sechs. Eine vollkommene Ausheilung trat in zwei Fällen ein, bei denen nach zwei Monaten noch kein Rezidiv sichtbar wurde. In allen anderen Fällen war die Rückbildung sehr weitgehend, so daß nur an den Rändern noch kleinste Knötchengruppen zurückblieben. In solchen Fällen ist für andere Methoden eine wertvolle Vorarbeit geleistet. (Arch. f. Derm. u. Syph., Bd. 148, H. 1.)

Bei paravenöser Salvarsaninjektion

kann man nach F. Burkart (Duisburg) die oft unerträglichen Schmerzen durch lokale Infiltrationsanästhesie, z. B. mit einem bis mehreren Kubikzentimeter Eusemin sofort beseitigen. Jodtinktur ist zu vermeiden, da sie den Reiz eher steigert. Hingegen sind Wärme, Ichthyol, kühlfeuchte Salbenverbände unter gleichmäßiger Kompression und kleine lokale Blutentziehungen mittels Schneppern zweckmäßig. (M. Kl. Nr. 17, 1925.)

Psoriasis — Goldbehandlung.

Einen hartnäckigen Fall von Psoriasis, bei dem wohl alle bekannten Heilmethoden ohne Erfolg versucht worden waren, konnte Skutezky (Innsbruck) mit Goldbehandlung heilen; bisher drei Monate ohne Rezidiv. Das elfjährige Mädchen wurde ausschließlich mit intravenösen Injektionen des Goldpräparates „Triphal" (Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M.) behandelt; lokal wurde nur eine 3%ige Borvaseline verordnet. Die Injektionen wurden in vier- bis sechstägigen Intervallen in steigenden Dosen von 0.025 bis zu 0.1 g Triphal (fertige Ampullen in allen diesen Stärken) verabfolgt und ohne jede unangenehme Nebenwirkung gut vertragen. Die Gesamtmenge des verabreichten Triphals betrug 0.425 g. Schon nach der dritten Injektion (Dosis 0.05) setzte eine Rückbildung an den Effloreszenzen ein. Nach sechswöchentlicher Behandlung waren sämtliche Effloreszenzen verschwunden, und nur ein über den ganzen Körper ausgebreitetes Leukoderm auf der ganz glatten Haut zeugte von der ursprünglich schweren Psoriasis. Verfasser fordert zur Nachprüfung auf. Ähnlich wie bei der Tbc. scheint das Gold auch bei der Psoriasis eine anregende Wirkung auf die Oxydations- und Reduktionsvorgänge in der erkrankten Haut im Sinne eines Katalysators auszuüben. (Derm. Wschr. Nr. 21, 1925.)

Urologie.

Zur Kenntnis der Blasendivertikel.

Von Prof. M. Borchardt (Chir. Abt. d. Krankenh. Moabit, Berlin).

Die Blasendivertikel werden in wahre und falsche eingeteilt. Letztere sind in der Nachbarschaft der Blase entstandene entzündliche Hohlräume, die ins Blasenkavum perforiert sind. Die echten Divertikel sind meist infolge von Harnabflußhindernissen (Prostatahypertrophie!) entstandene angeborene oder erworbene Schleimhautausstülpungen der Blase. Man beobachtet Sanduhrformen (Blase durch eine quere Scheidewand in eine obere und untere Hälfte getrennt), Vesica duplex, di- und tripartita usw. Das Divertikel kann größer werden als die Blase selbst, durch Druck auf Ureter oder Urethra den Harnabfluß, auf den Mastdarm die Defäkation erschweren und durch Entzündungen zu Adhäsionen mit der Umgebung, Abszessen, Steinbildung, Perforation und durch Gangrän selbst zu Sepsis führen.

Die Pat. kommen meist erst im 30. bis 50. Lebensjahre mit infiziertem, trüben Urin zum Arzte. Die Anamnese ergibt manchmal Miktionsstörungen schon in früher Jugend (z. B. Nachträufeln, vollkommene Harnentleerung nur bei gewissen Körperstellungen oder Druck auf die Bauchwand). Ist die Entzündung noch auf das Divertikel beschränkt, so ist die erste Harnportion noch ziemlich klar, die zweite, einige Sekunden oder Minuten später folgende schon eitrig oder gar putrid. Die Blase kann eventuell relativ rasch klar gespült werden, plötzlich wird aber die Spülflüssigkeit wieder trübe (Divertikelinhalt). Nicht selten bestehen aber nur ganz uncharakteristische Miktionsbeschwerden. Ohne Zystoradioskopie (als Kontrastmittel verwendet Autor das Umbrenal) ist die Diagnose oft unmöglich. Viele Fälle gehen unerkannt zugrunde.

Therapie. Sind Katheterismus und Spülungen (cave stärkere Antiseptika!) nicht bald erfolgreich, so darf mit der Operation nicht gezögert werden. Als Idealverfahren muß heute die extraperitoneale Freilegung des Divertikels und seine extravesikale Exstirpation mit vollkommenem Verschluß der Blase gelten. Ist die Exstirpation z. B. wegen starker Verwachsungen unmöglich, so wird nach Pousson der Divertikelmund von der eröffneten Blase aus umschnitten, angefrischt und von innen vernäht. Der Sack selbst wird vorher durch Auskratzen oder stumpfes Abpräparieren seiner Schleimhaut beraubt; er bleibt im Körper zurück, wird nach außen drainiert und durch Verätzung zum Veröden gebracht.

Bei zu vorgeschrittener Infektion kann auch die Exstirpation nicht mehr vollkommene Heilung bringen. Manchmal bleiben auch nach rechtzeitiger Operation Miktionsbeschwerden zurück, die erst nach sekundärer Beseitigung des Abflußhindernisses schwinden. Einzelne Fälle wurden lediglich durch Enukleation der vergrößerten Prostata oder durch Inzision. bzw. Keilexzision am Sphinkter internus völlig geheilt, obwohl das Divertikel unberührt blieb. Es sind eben nicht sämtliche Beschwerden nur durch das Divertikel bedingt. (Die Ther. d. Gegenw. H. 5, 1925.)

Protrahierter Priapismus.

Blum und C. Müller haben die Existenz eines „idiopathischen Priapismus" abgelehnt und nachgewiesen, daß sich jeder Fall von Priapismus in das Blumsche Schema einreihen läßt. Dieses Schema lautet:

1. Priapismus aus lokalen Ursachen in den Schwellkörpern: a) entzündlicher Natur; b) neoplasmatischer Natur; c) traumatischer Natur: d) infolge von Zirkulationsstörungen.

2. Priapismus aus nervösen Ursachen: a) bei anatomischen Erkrankungen; b) bei funktionellen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks.

3. Priapismus bei Allgemeinerkrankungen: a) Intoxikationen; b) Infektionskrankheiten; c) Konstitutions- und Blutkrankheiten.

Laemmle (Landeskrankenhaus, Neustrelitz) berichtet folgenden Fall: Ein 19jähriger Pferdeknecht wird mit Priapismus in das Krankenhaus aufgenommen. Ursache angeblich unbekannt. Die genaue Untersuchung aller Organe, Röntgenisierung der Wirbelsäule, Bougierung der Harnröhre in Narkose zeigen nichts Krankhaftes. Auch in der Narkose bleibt die starre Erektion bestehen. Wasserlassen möglich, aber schmerzhaft. Die Corpora cavernosa penis sind starr wie Holz und außerordentlich druckempfindlich. Bemerkenswert ist, daß, wie es meist bei von psychischen Einflüssen unabhängigen Erektionen der Fall ist („Wasserständer"), die Glans und die Corpora cavernosa urethrae nicht erigiert waren. Narkotika, Belladonna und hydrothermische Maßnahmen blieben ohne Erfolg. Nach 14tägiger konservativer Behandlung wird ein Versuch mit Yatren venös

gemacht; nach der zweiten Injektion Besserung, nach der dritten völliges Zurückgehen der Erektion bis auf eine leichte Blutüberfüllung. Ob der Erfolg post hoc oder propter hoc erfolgte, bleibt natürlich unsicher. — Erst nach der Heilung gestand der Kranke die Entstehungsursache ein: Er habe damals sein erstes sexuelles Erlebnis gehabt, und zwar seien ihm von einem älteren Mädchen die Genitalien malträtiert und durch manuelle Traktionen der Penis in jene Erektion versetzt worden. Darauf habe sie ihm den Koitus verweigert. Also auch dieser als „idiopathischer Priapismus" imponierende Fall läßt sich nun in das Blumsche Schema einreihen.

Pathologisch-anatomisch läßt sich der Priapismus in diesem Falle so erklären: Bei der Erektion tritt eine Verlangsamung des Blutstromes in den Schwellkörpern ein, die aber bei normalem Ablauf nur von kurzer Dauer ist. Bleibt die Stase durch Ausbleiben der Ejakulation durch längere Zeit bestehen, so können sich Thromben bilden, deren Entstehung im vorliegenden Falle noch durch Beschädigung des Schwellkörperendothels infolge der manuellen Malträtierung begünstigt wurde. Manche Autoren haben in ähnlichen Fällen durch Inzision tatsächlich Blutkoagula zutage gefördert, wodurch der Priapismus schwand, oft aber auch zugleich die Erektionsfähigkeit. (D. m. W. Nr. 20, 1925.)

Der Prostataabszeß

ist nach Belostozky (Moskau) meist durch den Gonokokkus hervorgerufen, der mitunter mit Staphylokokken, Streptokokken und Kolibazillen vergesellschaftet ist; die Kranken stehen meist im Alter von 20 bis 25 Jahren, das heißt in den Jahren der akuten Blenorrhoe. Als prädisponierend wirken Erkältung, schwere körperliche Arbeit, Erschüttung, sexueller Abusus und Alkoholmißbrauch; hie und da forzierte therapeutische Instillatoinen oder ungeschickte Janetsche Spülungen. Die Hauptsymptome des Prostataabszesses sind: Vorwölbung ins Rektum, Schmerzen am Anus und Harndrang oder Harnverhaltung. Nicht selten ist die Harnverhaltung vollständig, so daß man zum Katheter greifen muß. Fieber und Schüttelfrost sind nicht immer vorhanden. Gewöhnlich bricht der Eiter in das Rektum oder in die Urethra durch, selten in die Blase oder nach dem Damm zu. Die Erkrankung dauert 30 bis 40 Tage. Die Operation des Prostataabszesses soll nicht zu früh erfolgen; eine Zeit lang versuche man die konservative Behandlung, die meist zum spontanen Durchbruch führt; die spontane Abszeßentleerung gibt die besseren Resultate. Die konservative Behandlung besteht in heißen Klysmen, Bettruhe, Injektion von Milch und Gonokokkenvakzine. Den Klysmen (zwei- bis dreimal täglich) kann man Opium zusetzen; die Stuhlentleerung muß eine gründliche und regelmäßige sein; ferner sind tägliche Janetspülungen notwendig. Wenn der Abszeß sich schon geöffnet hat, beginne man mit ganz leichter Prostatamassage. Die Milchinjektionen bessern auffallend die Schmerzen, das Fieber und die qualvollen Harnbeschwerden. (Ztrschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 1/2, 1925.)

Irrtümer in Diagnose und Therapie der Prostatahypertrophie.

Von Dozent Th. Hryntschak (Wien).

Die Prostatahypertrophie, richtiger das Prostataadenom (Pa.) findet sich bei 35 bis 60% aller Männer über 60 Jahren (Obduktionsbefunde von Guyon, Thompson und anderen). Von den vorgeschrittenen Fällen gehen 50% innerhalb zweier Jahre an Komplikationen zumeist des Herzens und der Niere zugrunde. Maligne Degeneration wird in 10 bis 20% beobachtet. Das Leiden entwickelt sich oft schleichend und wird daher nicht selten verkannt.

Das häufigste Frühsymptom ist die nächtliche Pollakisurie (Kongestion), die sich später zur Polyurie (Nykturie) entwickelt (Herz- und Nierenstörung). Die schwierige Harnentleerung wird oft als Striktur, Schmerzen in der Glans als Blasenstein aufgefaßt. Im Stadium der Harnstauung (Restharn) täuscht die Urotoxämie (gelblich-blasse, eingefallene Gesichtszüge, trockene, rissige, belegte Zunge, Appetitmangel, Gewichtsabnahme, Ekel vor Fleisch, unstillbarer Durst, Obstipation) ein Magenleiden (Krebs, Gastritis usw.) vor; die Polydipsie und Polyurie auch einen Diabetes insipidus oder eine Schrumpfniere (Spuren von Eiweiß, vereinzelte hyaline Zylinder und hoher Blutdruck beim Pa. nicht selten). Im Stadium der Inkontinenz, oft verbunden mit Gürtelschmerzen infolge der Harnstauung im Nierenbecken, wird nicht selten Tabes vermutet, die auch gleichzeitig bestehen kann. Differentialdiagnostisch wertvoll ist das von Wagner-Jauregg als charakteristisch für spinal bedingte Blasenstörungen beschriebene Symptom der ausdrückbaren Blase. Die nicht seltenen Komplikationen, Hämaturie oder Pyurie, verursachen oft Fehldiagnosen wie hämorrhagische Nephritis, Blasenstein, Blasenpolypen, Zystitis, Pyelitis, Prostatitis; sie erfordern eine genaue, eventuell zystoskopische Untersuchung.

Die Rektaluntersuchung erfolgt am besten in Rückenlage bei gebeugten Beinen; die äußere Hand drückt über der Symphyse dem eingeführten Zeigefinger entgegen. Vorherige Katheterisation ist zweckmäßig, wenn nicht kontraindiziert. (Palpation wie beim Uterus.) Ist die Verbindungsfurche zwischen beiden Seitenlappen verstrichen oder kugelig vorgewölbt, so liegt Pa. vor. Einzelne derbe, vorspringende Knötchen oder besondere Schmerzhaftigkeit sind suspekt auf Krebs; diffuse, bretharte Infiltration macht Ca. fast sicher. Bei negativem Palpationsbefund Zystoskopie; es kann ein intravesikal vorspringender Adenomknoten vorliegen oder eine Fibrosis des Blasenhalses („contracture of the neck of the bladder") oder eine Hypertrophie des Trigonum u. dgl. („prostatisme sans prostate").

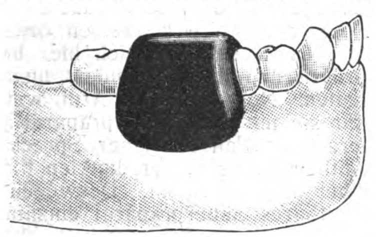
Bei der chronischen Harnretention (Klagen über Appetitmangel, Durst, Inkontinenz, urotoxämisches Aussehen, spezifisches Gewicht des Harn 1003—1012) ist die unmittelbare plötzliche Entleerung der Blase wegen der Gefahr der Blutung ex vacuo aus den mächtig dilatierten Gefäßen der Harnwege kontraindiziert. Man läßt zuerst 300 cm³ Harn abfließen, katheterisiert womöglich zweimal täglich und jedesmal um 50 bis 100 cm³ mehr, so daß erst in sechs bis zehn Tagen die Blase völlig entleert wird; dann erst wird ein Dauerkatheter eingelegt. Am geeignetsten ist der Tiemann-Katheter Nr. 16—19 (Weichgummi-Katheter mit abgebogener, olivenförmiger, dünner Spitze). Die Urethra prostatica ist beim Pa. niemals verengt, sondern nur unregelmäßig geknickt. Diese Hindernisse werden von der Spitze des Tiemann-K. ohne Verletzung (fausse route) überwunden. Nach dem Auskochen muß man sich durch kräftigen Zug überzeugen, ob der Katheter seine Elastizität nicht verloren hat. Bei Infektion der Harnwege Dauerdrainage. Bei sichergestellter Diagnose eines Pa. ist die sofortige Operation das beste. Von den konservativen Methoden ist namentlich die Prostatamassage abzulehnen. Die Röntgenbestrahlung kann höchstens in Initialstadien in Betracht kommen. (W. kl. W. Nr. 20. 1925.)

Stomato-, Rhino- und Otologie.

Blutstillung im Munde.

Von Prof. H. Seidel (Zahnärztl. Univ.-Institut, Marburg).

Eine wichtige lokale Ursache schwerer Blutungen nach Zahnextraktionen sind frakturierte oder dislozierte Alveolenteile, welche die Alveole spreizen und nach deren Entfernung die Blutung sofort steht. Wenn man die Alveole gründlich mit warmem H_2O_2 ausspritzt, so findet man die Blutungsquelle in den abgerissenen Rami dentales oder alveolares. Häufig



liegt aber auch eine kapilläre Blutung aus den Weichteilen oberhalb des Alveolarrandes vor, die dem Zahnhals anlagen. In solchen Fällen kann die übliche schichtweise Tamponade versagen, da die Weichteile seitlich ausweichen, so daß das Blut unter dem Tampon durchsickert. Am besten bewährt sich da ein „Kork-Druckverband": Man schneidet sich aus einem gewöhnlichen ausgekochten Flaschenkork ein sattelförmiges Stück heraus, das über dem nicht zu hohen Gazetampon genau in die Zahnlücke hineinpaßt, ohne die Kaufläche der Nachbarzähne zu überragen, und durch Druck und Quellung wie ein Sattel die Wunde auch seitlich zusammendrückt. Über Nacht kann man durch einen umgebundenen und außerhalb des Mundes fixierten Bindfaden das Verschlucken des Korkstückes verhindern. (M. m. W. Nr. 12, 1925.)

Aus der Praxis.

Was muß der praktische Arzt von Bindehauterkrankungen behandeln, welche Mittel stehen ihm jetzt zur Verfügung.

Von Prof. Dr. A. **Löwenstein,** Prag.

Ich beginne meine Vorlesungen über die äußeren Augenerkrankungen gewöhnlich mit den Worten: „Meine Herren, es gibt keine Konjunktivitis", und ich begründe diesen Ausspruch, der natürlich nur cum grano salis gemeint ist, mit dem Hinweis darauf, daß es nahezu keine Entzündung der Gewebe des Auges gibt, welche nicht mit Injektion der Bindehautgefäße einhergeht und infolgedessen leicht vom praktischen Arzt mit einer Konjunktivitis verwechselt wird. Daß manche dieser Verwechslungen bösartige Folgen nach sich ziehen, ist leicht verständlich, und soll später noch besprochen werden.

Die akuten Entzündungen der Bindehaut sind größtenteils infektiös. Für Europa kommen hiebei in erster Linie die Pneumokokken- und Koch-

Weeks-Entzündungen, daneben die Gonorrhoe und schließlich die nicht übertragbare eitrige Conjunctivitis scrophulosa in Betracht. Die Pneumokokken-Konjunktivitis verläuft außerordentlich akut mit mehr oder weniger starker eitriger Sekretion und ist sehr häufig mit punktförmigen Blutungen unter der Bindehaut verbunden. Ursprünglich glaubte man in dem Morgenrothschen Präparat Optochin ein Spezifikum gegen diese Art von Bindehautentzündung zu haben, jedoch hat es sich herausgestellt, daß der Verlauf dieser akuten Entzündung der Bindehaut durch das Eintropfen einer Optochinlösung kaum sehr beeinflußt wird. Deswegen hat man bei dieser sowie bei der in unseren Breiten etwas selteneren Koch-Weeks-Konjunktivitis wieder zu dem altbewährten Mittel gegriffen, dem Argentum nitricum 1%ig, respektive zu seinen organischen Ersatzpräparaten, Protargol, Sophol usw. Es sei gleich hier betont, daß diese Präparate, die für den praktischen Arzt besonders unangenehme Eigenschaft des leichten Zerfalls haben. Der praktische Arzt, welcher diese Fälle relativ selten sieht, und für sie mit dem Silberpräparat gerüstet ist, erlebt es oft, daß wenn ein derartiger Fall in seiner Sprechstunde erscheint, das Silberpräparat trotz Aufbewahrens in der dunklen Flasche wirkungslos ist, da das metallische Silber ausgefallen ist. Deswegen war mein Bestreben darauf gerichtet, ein haltbares Silberpräparat einzuführen. Außerdem hat das Argentum nitr. in Tropfenform den großen Nachteil, daß es durch das Kochsalz der Tränen sofort ausgefällt und infolgedessen wirkungslos wird. Auf jeden Fall wird es immer durch die einsetzende Tränensekretion aus dem Bindehautsack herausgeschwemmt. Aus diesem Grunde ließ ich nach mannigfaltigen Versuchen eine Silbersalbe herstellen, welche in zwei Konzentrationen ein organisches Silbersalz enthält. Aus der Pharmakologie ist bekannt, daß Schwersalze in der anästhesierten Schleimhaut viel tiefer einwirken als ohne Anästhetikum. Deshalb wurde der Silbersalbe ein Zusatz von Kokain beigefügt. Die Kokainwirkung wird bekanntlich durch Adrenalin unterstützt. Die Salbe, welche von der Firma Heisler unter dem Namen „Acutol, stark und schwach" geliefert wird, wird in Tubenform dem praktischen Arzt in die Hand gegeben. Bei akuten Konjunktivitiden wird die Acutolsalbe stark ein- bis zweimal täglich eingestrichen und gründlich verrieben. Die Einwirkung in Salbenform ist natürlich erheblich vorzuziehen, da dieselbe im Bindehautsack viel länger bleibt und desinfizierend wirken kann. Die Erfahrung an einem ziemlich großen Material ergab ein überraschendes Resultat, indem die Pneumokokkenkonjunktivitis, welche gewöhnlich 12 bis 14 Tage dauert, in drei bis vier Tagen bei richtiger Anwendung abklang. „Acutolsalbe stark" kann aber nicht länger als vier bis fünf Tage angewendet werden, da die Gefahr der Argyrose besteht, der Einlagerung von kleinen Silberpartikelchen in die Bindehaut. Eine derartige Bindehaut nimmt bei längerer (monatelanger) Behandlung mit Silber bekanntlich eine graue Farbe an, welche durch kein Mittel dann wieder aus der Bindehaut wegzuschaffen ist. Wenn nach drei bis vier Tagen noch eine geringe Sekretion besteht, setzt man mit Acutol schwach fort.

Die Gonorrhoe der Bindehaut soll im großen und ganzen wegen der Gefahr für das Auge nicht vom praktischen Arzt behandelt werden. Mitunter sind die sozialen Verhältnisse doch stärker als der Wunsch des Praktikers, den Fall abzugeben, und er ist doch gezwungen, derartige Fälle in seine Behandlung zu nehmen. Er muß, wie bekannt, die allergrößte Aufmerksamkeit auf gründliche Entfernung des Eiters legen. Das geschieht am besten durch ausgiebige Spülungen, am besten mit einer Undine. Als Spülflüssigkeit verwendet man eine leicht desinfizierende Flüssigkeit

(schwache Kaliumpermanganat-Lösung, zwei Tropfen einer konzentrierten Lösung auf 100 g Wasser; die Färbung der Spülflüssigkeit muß hellrot sein). Die Spülungen sollen bei starker Sekretion viertelstündlich erfolgen, wenn die Sekretion nachläßt halbstündlich bis einstündig. Es wird allgemein auch die Nacht hindurch gespült. Leicht begreiflich erscheint es, wenn dabei Mutter (es handelt sich gewöhnlich um Neugeborenengonorrhoe) und Kind sehr stark herunterkommen. In mehreren Fällen nun habe ich es durchgeführt, daß abends nach der letzten Spülung um 9 Uhr ein über erbsengroßes Stück „Acutolsalbe stark" in die Bindehaut eingestrichen wurde. Zu meinem Erstaunen sah ich, daß bei der Frühspülung die Sekretion außerordentlich gering war. Ich wende die Acutolsalbe bei der Gonorrhoe der Bindehaut nun in dem Sinne an, daß sie erstens die Nachtspülungen ersetzt, welche dann zwischen 10 Uhr abends und 7 Uhr morgens sistieren können; ferner streiche ich Acutolsalbe auch tagsüber zwei- bis dreimal ein und verwende sie schließlich als Prophylaktikum bei einseitiger Erkrankung am nicht erkrankten Auge.

Akute Entzündungen sehen wir häufig bei der skrofulösen Konjunktivitis und Keratitis; die wesentliche Grundlage dieser Erkrankung ist wohl ohne Zweifel in der Tuberkulose zu suchen. Daneben ist aber bestimmt ein zweites Agens notwendig, um diese allerverbreitetste, die Ambulanzen der Kliniken und die Sprechstunde des praktischen Arztes erfüllende Augenkrankheit hervorzurufen. Welcher Art diese Diathese ist (Czerny), sei hier nicht besprochen. Es sei nur darauf hingewiesen, daß die Avitaminose eine bedeutende Rolle bei dieser Erkrankung spielt. Deswegen muß bei der Behandlung dieser Fälle der Allgemeinzustand besonders berücksichtigt werden. Die Ernährung hat vor allem eine vitaminreiche zu sein, reichliche Zufuhr von frischem Gemüse, frischer Butter, ferner auf jeden Fall Obst und Lebertran. Lichtzufuhr in Form von Sonnenbädern, im Winter künstliche Höhensonne, luftige Kleidung, Sorge für körperliche Reinlichkeit, Achtung auf Kopfläuse, daneben ist eventuell durch eine Tuberkulinkur die immer vorhandene Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin herabzusetzen. Lokal: bei starker Sekretion am besten Acutolsalbe stark; Atropin 1%ig nur bei Irisreizung. Sehr eindringlich muß davor gewarnt werden, daß der praktische Arzt Komplikationen der Hornhaut übersieht. Hier besteht die große Gefahr der Perforation derartiger skrofulöser Geschwüre, welche fast immer mit einer Vernichtung des Sehvermögens einhergeht. Wir dürfen nicht vergessen, daß über ein Viertel der Insassen der Blindenanstalten Opfer der Keratitis scrophulosa sind. Derartige tiefe Hornhautgeschwüre gehören unbedingt in die Hand des Spezialisten, da häufig sofortiges operatives Eingreifen notwendig ist. Bei nicht mehr gereizten Augen werden seichte Hornhautgeschwüre am besten mit 2%iger Schweissingerscher Präzipitatsalbe behandelt. Die Aufhellungen von Hornhauttrübungen auch nach langem Bestehen sind oft sehr überraschend. Abwechselnd mit 2%iger Dioninsalbe, welche stärker reizt, sollen derartige Hornhautnarben vom praktischen Arzt lange Zeit hindurch behandelt werden.

Eine viel größere Rolle als die akuten Entzündungen der Bindehaut spielen für den praktischen Arzt die chronischen Konjunktivitiden. Von den infektiösen kommt in erster Linie die Diplobazillen-Konjunktivitis, der Follikularkatarrh und das Trachom in Frage. Die Diplobazillen-Konjunktivitis ist in unseren Gegenden außerordentlich häufig und geht immer mit einem Ekzem der Lidwinkel einher. Diese Rhagaden müssen leicht tuschiert werden, am besten mit Argentum nitr. 2%, gegen die chronische infektiöse Entzündung hat Axenfeld das Zinksulfat als

Spezifikum angegeben. Ich habe dieses Zinksulfat in Salbenform nach den früher besprochenen Grundprinzipien der Bindehautbehandlung angewendet und mit dem „Chronicin“ (Heisler) dabei sehr günstige Erfolge gesehen. Eine derartige Diplobazillenkonjunktivitis mit Lidwinkelekzem heilt bei ein- bis zweimaliger Anwendung von Chronicin im Bindehautsack und gründlichem Einreiben der Lidränder mit dieser Salbe in zwei bis drei Tagen glatt ab. Der Bindehaut-Follikularkatarrh, der in den Schulen oft epidemisch auftritt und vielfach Anlaß zur Verwechslung mit Trachom gibt, ist an und für sich für das Sehvermögen keineswegs gefährlich. Doch ist das chronische Jucken, besonders bei empfindlichen Kindern sehr lästig. Die Lider sind früh oft verklebt und die Beschwerden werden manchmal als recht quälend angegeben. Die Therapie war früher ziemlich machtlos. Symptomatische Behandlung, Zinksulfat usw. haben nur vorübergehend Besserung gebracht. Am besten hat sich mir eine sehr schwache Kupfersalbe (Cuprum citricum) bewährt, die nach zahlreichen Vorversuchen ebenfalls von Heisler unter dem Namen „Follikulinsalbe“ in den Handel gebracht wird. Am besten wird ein derartiger Follikularkatarrh durch zarte Massage der Lider behandelt, die Bindehautflächen des Ober- und Unterlides werden aneinandergepreßt und gegeneinander verschoben. Der Vorgang ist durchaus nicht schmerzhaft. Außerdem Einstreichen von Follikulinsalbe zweimal am Tag. Auch wenn die Beschwerden verschwunden sind, muß die Behandlung fortgesetzt werden, da Rezidive ziemlich häufig sind. Das Einstreichen kann der Patient auch selbst besorgen. Dem Follikularkatarrh liegt oft eine nichtinfektiöse Ursache zugrunde. Als solche kommen in Betracht chronische Nebenhöhlenaffektionen, nicht diagnostizierte Refraktionsanomalien, besonders Astigmatismus. Derartige Veränderungen erheischen natürlich ihre besondere Behandlung.

Das Trachom als solches muß natürlich vom Spezialisten behandelt werden, da die Komplikationen außerordentlich zahlreich sind. Deswegen soll der praktische Arzt doch die Diagnostik des Trachoms beherrschen. Bei den chronischen Fällen sieht man die Bindehaut, besonders des Oberlides, welches zu diesem Behufe gut evertiert werden muß, immer verdickt, getrübt. Oft, aber durchaus nicht immer, springen sagoähnliche Körner in der Übergangsfalte, manchmal auch auf der Bulbusbindehaut vor. Die Körner sind trüb und größer als die beim Follikularkatarrh. Sie sitzen gewöhnlich in der oberen Lidbindehaut, während sie beim Follikularkatarrh am Unterlid sitzen und glasklar, gewöhnlich voneinander differenziert sind. Der nicht spezialärztlich geschulte Praktiker soll kein Trachom zur Behandlung übernehmen, da das nicht sehr gut behandelte Trachom Erblindungsgefahr nach sich zieht. Überhaupt soll der Praktiker bei allen Augenbeschwerden immer daran denken, daß die Injektion der Bindehautgefäße auch von Erkrankungen der tieferen Augengewebe ausgehen kann, daß aber Entzündung der Regenbogenhaut und des Strahlenkörpers jene tiefe, sogenannte perikorneale, bläulichrote Injektion setzt, bei der einzelne Gefäße nicht gesehen werden. Diese, sowie die düsterrote Injektion beim Glaukom muß der praktische Arzt erkennen, wenn auch die begleitenden Bindehautgefäße dabei ebenfalls erweitert sind. Ein Übersehen eines dieser Symptome wäre natürlich für das Auge deletär. Oft sind chronische Reizzustände der Bindehaut durch Fremdkörper im Bindehautsack hervorgerufen, deswegen müssen bei jedem Fall Unter- und Oberlidbindehaut gut inspiziert werden, die Eversion des Oberlids ist eine oft zu übende Untersuchungsart des Praktikers. Denn die kleinen Splitter verhaken sich gewöhnlich am Oberlid, in einem schmalen Sulcus, der 3 bis 4 mm vom Lidrand verläuft. Der Praktiker vergesse nie nach Entfernung eines noch so kleinen Fremdkörpers eine

desinfizierende Salbe — am besten 2%ige Noviformsalbe mit bester amerikanischer weißer Vaseline hergestellt — einzustreichen. Denn oft sind durch das Scheuern des scharfkantigen Fremdkörpers kleine Risse und Erosionen im Hornhautepithel gesetzt, die unter der Salbenbehandlung leicht abheilen, ohne diese aber unangenehme Komplikationen setzen können. Es sei weiters auf die oft wunderwirkende Massage der Lider zwischen den beiden Daumen hingewiesen, welche dem chronischen Reizzustand der Bindehaut bei Überfüllung der Meibomschen Drüsenausgänge oft schlagartig ein Ende setzt (Conjunctivitis Meibomiana Elschnig). Nach der Massage einen Tropfen ¼%iges Zinksulfat und Einstreichen von Chronicinsalbe. Manche chronische Entzündungen der Bindehaut gehen auf eine geringe Schlußinsuffizienz der Lider zurück. Bei leichtem Lidschluß bemerkt man eine schmale unbedeckte Zone vom Augapfel. Hier wirkt am besten das Auflegen eines mit Noviformsalbe bestrichenen Leinwand- oder Gazefleckchens auf die geschlossenen Lider — Fixierung mit einem darübergebundenen Taschentuch oder einer Bindentour —, vor dem Schlafengehen aufzulegen. Der praktische Arzt, der sich auf diese genannten Erkrankungen beschränkt, leistet eine Fülle von dankbarer Arbeit, wenn er die hier erwähnten geringfügigen Verbesserungen der Therapie berücksichtigt, sich zur Befriedigung, dem Patienten zur Erleichterung.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.[1]

Fragen.

182. Ein 40jähriger Patient steht seit zehn Jahren mit einer stillstehenden Tabes in Behandlung. Das einzige lästige Symptom sind Blasenstörungen. Bei Tag kann der Kranke die bei Weglassung des Katheters stets überfüllte Blase spontan ein wenig entleeren und den Rest halten; bei Nacht aber und besonders gegen Morgen besteht Ischuria paradoxa. Salvarsan und Phlogetan erfolglos, Pituitrin befördert prompt die Stuhlentleerung, beeinflußt aber das Nachtträufeln nicht. Ein Urologe riet zu einer Operation analog der Bottinischen bei Prostatahypertrophie: Einbrennen einer Rinne mittels Hochfrequenzstrom in den Sphinkter oder den prostatischen Teil der Urethra, entweder von außen oder nach Sectio alta. Was ist von dieser Operation zu erwarten? Könnte nicht die bis jetzt leidliche Kontinenz am Tage darunter leiden? Was käme sonst noch in Frage. Gibt es eventuell einen brauchbaren Harnrezipienten für die Nacht? Dr. G. H. in G.

183. Was kann man gegen vererbten Plattfuß eines 1½-jährigen Kindes tun? Gibt es einen Apparat zum Redressement des kindlichen Plattfußes zum Hohlfuß? Dr. P. in H.

184. Wo kann ich mich orientieren über die Wassermannschen Arbeiten über Selen, Tellur Eosin usw. bei Behandlung des Mäusekarzinoms? Dr. S. in L.

---

[1] Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Raummangels werden nur die Anfragen von allgemeinem Interesse veröffentlicht. Behufs etwaiger brieflicher Beantwortung ersuchen wir daher um Beifügung von Rückporto. Die Red.

185. Ich leide seit einigen Jahren an eigentümlichen (meist im Frühjahr und Sommer) rezidivierenden Schmerzen an beiden unteren Extremitäten. Das Leiden beginnt meist an einem Fuße, selten gleichzeitig an beiden, einmal an der Ferse, entsprechend der Achillessehne wie eine akute Tendinitis, bald am Knie wie eine akute Bursitis. Der erkrankte Punkt wird plötzlich druckempfindlich und schmerzhaft und in 10 bis 24 Stunden steigern sich die Schmerzen derart, daß das Gehen unmöglich wird, jede Bewegung und Berührung heftigen Schmerz verursacht. Der befallene Teil zeigt dann in der Mitte in der Größe eines 1- bis 5-Kronenstückes Rötung, Schwellung und Hitze und die Umgebung schwillt so stark an, daß sie z. B. am Knie das Bild einer Gonitis hervorruft. In zwei bis vier Tagen schwinden auf Dunstumschläge allmählich und restlos die Schwellung und die Schmerzen. Anfangs glaubte ich an eine traumatische Ursache, überzeugte mich aber, daß eine solche nicht in Betracht kommt. Ich bin 32 Jahre alt, sonst gesund, keine venerische Affektion, WaR negativ, im Harn kein Zucker und kein Eiweiß. Was kann dieses Leiden sein? Therapie? Dr. E. F. in G.

186. 60jähriger Kirchendiener, vor Jahren mäßiger Trinker, jetzt kein Alkoholiker, klagt seit einigen Monaten über süßen Geschmack im Munde. Geschmacksempfindung für sauer und salzig erhalten. Appetit gut. Organbefund normal. Kein Zucker im Harn. Zunge belegt, kein Aufstoßen. Patient leidet nicht, ist aber durch den Zustand beunruhigt. Sogar des Nachts hat er, wenn er erwacht, den süßen Geschmack im Munde. Gebiß defekt, aber keine Alveolarpyorrhoe. Dr. G. in K.

187. Ein 1½jähriges Kind erkrankte vor sechs Monaten nach der Beschreibung wahrscheinlich an Meningitis epidemica. Das Kind, das schon zu sprechen angefangen hatte, verlor Gehör und Sprache; zugleich traten Gehstörungen ein, die sich aber zurückbildeten. Die Intelligenz scheint nicht gelitten zu haben. Ist gegen die Taubheit etwas zu versuchen? Wenn nicht, wann soll man das Kind in eine entsprechende Schule geben? Dr. M. G. in K.

188. Ich hörte von einem unfehlbaren Mittel gegen Diabetes mellitus „Barzarin". Wer weiß etwas darüber? Dr. O. E. in H.

189. 38jähriger Beamter, Neurastheniker, sonst gesund, leidet seit Jahren an aphthösen Geschwüren der Zunge, der Wangenschleimhaut und des Zahnfleisches, die namentlich beim Essen sehr schmerzhaft sind, nach vier bis fünf Tagen abheilen, um nach ein bis drei Wochen wiederzukommen. Harn ist in Ordnung. Patient raucht nicht, trinkt nicht und hat gesunde und gepflegte Zähne. Jodtinktur, Lapis, H_2O_2 usw., Neosalvarsan venös, Kalzium in großen Dosen intern ohne Wirkung.

Dr. A. P. in G.

190. Wie alljährlich, erscheinen auch diesen Sommer wieder in den Tageszeitungen Warnungen, auf Obst kaltes Wasser zu trinken; es sollen danach sogar Todesfälle vorgekommen sein. Ich selbst begehe diese Unvorsichtigkeit häufig, ohne je dadurch Schaden genommen zu haben.

Dr. H. in S.

191. In Lust „Lehrb. d. Kinderkrankheiten" werden als Augentropfen empfohlen: Rp. Sol. Atropini sulfur. 0.05:10.0, in Seiferts „Rezepttaschenbuch für Kinderkr." aber Sol. Atropini sulfur. 0.002:10.0. — Welche Rezeptur ist die richtige? Dr. A. in B.

192. Wo kann ich mich über die Sterblichkeit an Krebs und die angewandten Behandlungsarten unterrichten? Dr. R. in B.

193. 56jähriger Herr bekommt beim Motorradfahren Schwindel und Kopfdruck. Internist findet nichts, vermutet oberflächliche Kleinhirn-

blutung. Auf Kaltwasserkur und Schröpfen Besserung. Bei Motorfahrt wiederum Schwindel. Augenbefund normal bis auf eine seit Kindheit bestehende progressive Hypermetropie. Ohrbefund: links geringe Degeneration des Hörnerven. Die Vestibularprüfung ergibt rechts bei vollkommen normaler Kochlearisreaktion eine Kaltwassererregung beiderseits, während sie links normal vorhanden ist. Drehprüfung ergibt bei Linksdrehung atypische Fallsucht nach rechts und atypisches Vorbeigehen nach rechts; somit Störung im Bereich der Vestibularbahnen. Ist der Schwindel auf das Ohrleiden zurückzuführen und wie ist demselben beizukommen? Derzeitige Behandlung: wechselwarme Fußbäder und Jodkalziumdiuretin.

Dr. A. L. in W.

194. In der Zeitschrift „Die Mutter" (vom 16. April 1925) wird die prophylaktische Wirkung der Impfung mit Kuhpockenlymphe gegenüber dem Keuchhusten erwähnt und von einer entsprechenden Beobachtung von Prof. E. Fronz (Wien) berichtet. Ist diese Wirkung auch von anderer Seite bestätigt? Könnte man sie auch therapeutisch versuchen?

Dr. E. R. in L.

195. Bitte um Mitteilung von Werken über Blutdruck und Blutdruckmessung.

Dr. P. in G.

196. Was ist die diagnostische und therapeutische Methode nach Abrams? Ist der Abramsche Apparat wissenschaftlich begründet und an irgendeiner Klinik Österreichs oder seiner Nachfolgestaaten in Verwendung?

Dr. A. Z. in K.

197. Wie kann sich der Landarzt oder das Landvolk die Töpferische Eiweißmilch selbst bereiten zur Behandlung der Sommerdarmkatarrhe der Kinder?

Dr. J. K. in C.

Antworten.

Treppensteigen mit gestrecktem Standbein. Die Art des Treppensteigens, wie ich sie beschrieben habe, unterscheidet sich von der gewöhnlichen Art bloß dadurch, daß jedesmal das jeweilige Standbein im Kniegelenke extrem gestreckt wird, bevor es zum Schwungbein wird. Es wird also bei jedem Schritt der Körper von der Muskulatur des jeweiligen Standbeines um je zwei Stufen gehoben. Bei der Gangart, wie sie Kollege Fels („Ars Medici" 1925, S. 354) beschreibt, wird der Körper jedesmal um nur eine Stufe und von demselben Bein gehoben. Diese Gangart ist die schonendere, zumal wenn das ausholende Bein nach einer kurzen Zeit gewechselt wird, und eignet sich für schwere Fälle von Dyspnoe. In leichteren Fällen, wie Präsklerose, beginnendes Emphysem, Adipositas, Gravidität, ist eher die von mir beschriebene Gangart anzuraten.

Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 36. Temperaturdifferenzen in beiden Körperhälften. Ich messe seit Jahren immer prinzipiell gleichzeitig mit zwei zusammengestimmten Thermometern, und zwar für gewöhnlich in beiden Achselhöhlen. Diese Methode bildet den Abschluß meiner Untersuchung und wurde mir zu einem wertvollen diagnostischen Hilfsmittel, indem in jedem Falle die Seite, wo der Krankheitsherd sich befand (sei er tuberkulös, pneumonisch, ein Abszeß usw., sei er in der Lunge, den Bronchialdrüsen, den Bronchien oder in der Pleura gelegen) eine um 0.2 bis 0.5, ja sogar um 1° C höhere Temperatur zeigt. Die Höhe des Temperaturunterschiedes ist meist proportional der Ausdehnung und Akuität des Herdes. Bei Erkrankungen der Bauchorgane messe ich gleichzeitig in der Axilla und in inguine und finde auch hier immer wichtige Fingerzeige.

Dr. C. **Horvat**, Abbazia.

Ad 54. Arsenpräparate bei Gravidität. Ich injizierte bei Gravidität das polnische Arsenpräparat Triplex (Natr. kakodyl. plus Natr. glycerino-

phosph. plus Strychn. nitr.) und habe nie eine Schädigung der Frucht gesehen. Dr. **Last**, Dzisna (Polen).

Ad 63. Abklemmung der Parametrien bei Blutungen unter der Geburt. Im soeben erschienenen Heft 3 des Bandes 88 der „Ztschr. f. Gyn." beschreibt Henkel die Technik seines 1902 angegebenen Verfahrens der Abklemmung der Parametrien mit doppelkralligen Hakenzangen abermals in eingehender Weise. **Medizinisch-literar. Zentralstelle,** Berlin W 15.

Ad 65. Tödlicher Herzkollaps nach einem Stuhlgang. Bei organischen Veränderungen am Zirkulationsapparat werden während und nach dem Stuhlgange mitunter akute Zufälle bedrohlicher Natur beobachtet. Besonders gefahrvoll ist bei geschwächten Herzen in der Rekonvaleszenz akutfieberhafter Krankheiten der Gebrauch des Nachtstuhles an Stelle einer unterschiebbaren Bettschüssel. Man sieht ferner bei Herzleiden nach reichlicher Stuhlentleerung bei lange bestandener Obstipation infolge akuter Herzinsuffizienz eine Hirnanämie eintreten, die durch plötzlich eintretende Überfüllung der Blutgefäße des Bauchraumes verursacht wird. Das kranke Herz vermag sich den während und nach der Stuhlentleerung eintretenden Druckschwankungen im Gefäßsystem oft nicht anzupassen, woraus häufig plötzliche Herzmuskelschwäche mit den Erscheinungen akuter Hirnanämie, namentlich Ohnmachtsanwandlungen, Brechneigung und Erbrechen, bei höheren Graden Kollaps und Tod resultieren können, was die älteren Ärzte als Apoplexia nervosa benannt haben. Bezüglich des Erbrechens bei Herzkranken ist folgendes zu erwähnen: Anfälle von Erbrechen, welches tagelang anhält, sind bei Herzkranken keine seltene Erscheinung. Namentlich stellt sich Erbrechen im Anschlusse an embolische Vorgänge ein, und ein Pressen beim Stuhlgang kann die Gelegenheitsursache für Embolien abgeben. Beim Eintritt einer embolischen Enzephalomalazie in sogenannten „stummen Regionen" des Hirnes müssen keine Ausfallserscheinungen in Form einer Hemiplegie resultieren, sondern es zeigen sich lediglich allgemeine Hirnsymptome. Eine Embolie in einem kleineren Ast der Koronararterie muß nicht den sofortigen Tod bringen, sondern erst der an diese Embolie sich anschließende thrombotische Verschluß der Koronararterie führt zum Exitus. Dr. E. **Kapelusch**, Wien.

Ad 118. Blutbeimischung beim Ejakulat. Gleichwie bei blutigen Pollutionen kann zumal während eines hyperorgastischen impetuösen Koitus zeitweise ein sanguinolentes Sperma ejakuliert werden. Der Ursprungsort der Blutbeimischung befindet sich nicht in der Urethra, sondern vielmehr in den Vesicae seminales und Ductus ejaculatorii. Infolge der durch extreme Reizzustände bedingten hochgradigen Reaktions-Hyperämie und Muskelkontraktion beim Geschlechtsakt wird eine Permeabilitätssteigerung der Endothelwände der Kapillargefäßchen hervorgerufen, so daß u. U. Blutflüssigkeit per diapedesim in das expulsierende Sperma übertreten kann. Solchem biologischen Geschehen liegt im vorliegenden Falle kein organisches Leiden zugrunde, da in der obbestimmten Zone wegen Fehlens charakteristischer Funktionsstörungen keine histologisch-pathologischen oder entzündlichen Prozesse anzunehmen sind, die die ungewöhnlichen, aber bedeutungslosen Manifestationen veranlassen könnten.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Czernowitz.

Ad 129. Neuralgische Schmerzen nach Herpes zoster. Da Herpes zoster meist nur Symptom einer Erkrankung der Intervertebralganglien der hinteren Wurzeln darstellt, so wäre ein Versuch mit der paravertebralen Injektion von 0.5% Novokain nach dem Beispiel von Brunn und Mandl zu machen, welche die paravertrebrale Injektion auch therapeutisch verwerteten (W. klin. Wschr. Nr. 24, ex 1924).

Reg.-Rat Dr. **Knotz**, Sarajevo.

Ad 133. Schnarchen läßt sich meist durch strenge Seitenlage vermeiden. In Rückenlage nützt die schönste „Schnarchbinde" nichts.

Reg.-Rat Dr. **Knotz**, Sarajevo.

Ad 136. Essen von Kaffeebohnen. Teetrinken anstatt Kaffee; eventuell versuchen Sie es nach Dr. Spitzer („Ars Medici" 1925, S. 305) mit Injektionen von Apomorphin. Dr. H. **Lepa**, Königsberg.

Ad 138. Inoperable Karzinomfälle können noch behandelt werden mit den von dem internationalen Laboratorium Arlesheim (Schweiz) herausgebrachten Viscum-(Mistel-)Präparaten; es gibt eine Broschüre, die von überraschenden Erfolgen berichtet nach ärztlicher Beobachtung und Behandlung. Ich selbst hatte schöne Erfolge damit seit vier Jahren, die meiner Ansicht nach den mit Antimeristem überlegen sind. Lassen Sie sich Proben und die betreffende Broschüre von Arlesheim kommen.

Dr. **Kacer-Krajca**, Mannheim.

Ad 139. Erwachen mit Schmerzen in der Lendengegend. Die unklaren Symptome weisen noch am ehesten in der Richtung auf Nierenkolik. Im Anfalle wäre die Region von der rechten Lumbalgegend bis zur Symphyse im Bereich des 11. Dorsal- bis 2. Lumbalsegmentes nach Head zu prüfen und der Harn auf Sand usw. zu beobachten.

Reg.-Rat Dr. **Knotz**, Sarajevo.

Ad 139. Es ist an Nierensteine zu denken.

Dr. H. **Lepa**, Königsberg.

Ad 140. Hetol bei Tbc. Seit der Veröffentlichung von Landerer, „Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimtsäure". Leipzig 1898, ist Hetol bis gegen 1910 hin von vielen angewandt worden, und es existiert eine große Anzahl Arbeiten darüber.

Medizinisch-literar. Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 140. Seit ungefähr zwei Jahren behandle ich die Tbc. mit intravenösen Hetolinjektionen und bin mit der Wirkung dieses Mittels zufrieden. Ich spritze meist zweimal in der Woche 1 cm^3 der 2%igen Lösung. Reaktionen höchst selten. Keine schmerzhaften Infiltrate bei Durchbohrung der Vene. Herstellerin des Mittels ist die Firma Kalle & Co. in Bieberich am Rhein. Dort ist auch die Literatur zu haben. Dr. **Wiesner**, Rybnik.

Ad 143. Zurückgebliebenes Kind. Eine Anstalt für solche Kinder besteht in Jena: Heil- und Erziehungsinstitut für seelenpflegebedürftige Kinder in Lauenheim bei Jena. Verlangen Sie dort Prospekt.

Dr. **Kacer-Krajca**, Mannheim

Ad 145. Appetitlosigkeit bei einem neunmonatlichen Kinde. Ein anderes gesundes Kind von gleichem Alter wird in Gegenwart des kranken Kindes mit dem Teelöffel gefüttert. Da das Kind noch keine Zähne hat, also Kalkmangel besteht, sind Haferflocken und Höhensonne zu empfehlen.

Dr. H. **Lepa**, Königsberg.

Ad 147. Onanie bei einem Kinde. Man kann Kinder ebensogut hypnotisieren wie Erwachsene, und zwar ohne schädliche Nachwirkung. Wenngleich das jüngste der Kinder, die ich hypnotisierte, ein Alter von acht Jahren hatte, so liegt doch keine plausible Gegenindikation gegen die Hypnose eines fünfjährigen Kindes vor. Näheres siehe meine Arbeit: „Beitrag zur Hypnotherapie." Anders steht es mit der Frage, ob die Hypnose im vorliegenden Falle Aussicht auf Erfolg verspricht, was aus mehrfachen Gründen verneint werden muß. Med.-Rat Dr. L. **Stein**, Wien.

Ad 149. Foetor ex ore kann nicht nur durch schlechte Zähne oder Rauchen, sondern auch durch Affektionen der Nase und ihrer Nebenhöhlen, Stomatitis, Affektionen der Tonsillen, der tieferen Luftwege, des Ösophagus, des Magens, Obstipation u. a. m. hervorgerufen sein (vgl. Reichenbach, „Der Mundgeruch, seine Pathogenese und seine Bedeutung f. d. klin. Dia-

gnostik". — Zahnärztl. Rdschau 1923, Nr. 43 bis 46), auch durch Chlorose und andere Anämien (H e r z, „Die Beziehungen der Mund- und Zahnerkrankungen zu Störungen des Magendarmkanales, des Blutes und des Stoffwechsels". Smmlg. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrkht., Bd. 6, H. 12, S. 62. — Halle a. S. 1919. C. Marhold). — Behandlung: kausal. Ein französischer Autor hat neulich empfohlen, täglich zwei bis drei Zigaretten, getränkt mit Thymolalkohol (2 bis 4 : 10) rauchen zu lassen und will danach den Foetor verschwinden haben sehen.

Medizinisch-literar. Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 150. Keuchhusten. Dem Praktiker fällt es schwer, aus der Fülle der für Keuchhusten empfohlenen Mittel ein im Einzelfalle wirksames herauszusuchen. F r a n k und G l a s e r (M. Kl. Nr. 24) traten jüngst warm für das Luminal in Verbindung mit Voluntal ein. Ich kann nun berichten, daß das Luminal sich als überaus wertvoll und wirksam erwiesen hat. In einer kleinen Epidemie verwandte ich Luminal allein in den angegebenen Dosen (dreimal täglich 0.01) und war von der glänzenden Wirkung überrascht. Die Medikation erfolgte in der dritten Woche, als die üblichen Medikamente (Chininpräparate, Belladonna, Calc. bromat., Bromoform usw.) versagten. Die Anfälle im Stadium convulsivum nahmen schnell ab; schon am fünften Tage traten nur mehr vier bis fünf Anfälle, in der Nacht nur zwei bis drei Anfälle auf. Keine weiteren Störungen, selbst das Erbrechen hörte in der Nacht auf. Es handelte sich um Kinder von 16 Monaten bis zu 2½ Jahren. Dr. L. **Isler,** Wien.

Ad 150. Ich pinsele bei Keuchhusten täglich ein- bis zweimal den vorderen Teil der unteren Nasenmuschel mit 5%iger Kokainlösung; wegen der geringeren Giftigkeit empfiehlt sich jetzt 2%ige Tutokain- oder Psikainlösung. Die Anfälle werden durch die Pinselung seltener und die Dauer der Erkrankung wird abgekürzt. Ich wurde durch folgende Erwägung zu dieser Behandlung geführt: Der Husten bei Pertussis ist anfänglich kein katarrhalischer, sondern ein reflektorischer. Katarrhalisch wird der Husten erst in der zweiten Hälfte der Krankheit, wenn infolge des Keuchhustens eine Bronchitis und Bronchiolitis zur Entwicklung kommt. Daß von der Nasenschleimhaut Reflexbögen zu den verschiedensten Muskelgruppen führen, ist uns ja bekannt. Ich erinnere an den Reflexakt des Nießens, an die Beseitigung der Schmerzen in manchen Fällen von Dysmenorrhoe durch Bepinselung der unteren Nasenmuscheln mit 10%iger Kokainlösung (F l i e ß). Sollte sich die Wirksamkeit der Kokainpinselung der Nase bei Keuchhusten weiter bestätigen, so wäre erwiesen, daß der Husten bei Pertussis, wenigstens anfänglich, von irgendeiner Stelle der Nasenschleimhaut ausgelöst wird. Bakteriologische und klinische Untersuchungen müßten dann noch diese Annahme erhärten. Med.-Rat Dr. H. **Beer,** Wien.

Ad 153. Spasmen im Verdauungsrohr nach Urtikaria. Bei Vagotonikern (so ein Fall scheint vorzuliegen) hat sich die spasmolytische Wirkung des Kampfers auf das Muskelsystem des Magendarmkanales (Cadechol dreimal zwei Tabletten täglich) gut bewährt.

Reg.-Rat Dr. **Knotz.** Sarajevo.

Ad 153. Ich empfehle Magensonde und vor jeder Mahlzeit 10 bis 30 Tropfen einer Kokainlösung 0.2 : 10.0 in einem Eßlöffel Wasser zu geben. Stuhlgang durch Ballonspritze erzwingen und danach kühles Bleibeklystier. Statt Kaffee morgens Tee. Dr. H. **Lepa,** Königsberg.

Ad 156. Periproktitische Abszesse. Ein bis zwei Eßlöffel einer Sublimatlösung (2 : 200) auf ein Sitzbad. Dr. H. **Lepa,** Königsberg.

Ad 157. Injektionen von 3%iger Karbolsäure habe ich mit vorzüglichem Erfolge bei einem schweren Falle von puerperaler Pyämie und bei mehreren leichteren Fieberfällen nach Abortus angewendet, außerdem bei

einem schweren und einem leichteren akuten Gelenksrheumatismus — bei Ausschluß jeder anderen Behandlung, da Salizylpräparate nicht vertragen wurden. Die Injektionen sind schmerz- und reizlos. Bei Schweißdrüsenabszessen hatte ich keinen Erfolg, vielleicht weil in diesem Falle die Injektionen nicht oft genug vorgenommen wurden. Ich gebe 1 cm^3 täglich durch fünf bis sechs Tage intramuskulär in der Meinung, daß dadurch ein mäßiger lokaler Zerfall von Körpergewebe erfolgt und eine Wirkung analog der Proteinkörpertherapie ausgelöst wird.

Dr. G. **Hoffer**, Gablonz.

Ad 157. Gegen Ende der Karbol-Blütezeit, vor etwa 30 Jahren, behandelte ich einen Patienten mit bretthharter Gesichtsphlegmone nach Insektenstich. Mein damals sehr modernes chirurgisches Handbuch empfahl Karbolinjektionen. Die 3%igen Injektionen hatten eine Nekrose, Ektropium und eine narbige Verunstaltung der Gesichtshälfte zur Folge. Mein Trost war, daß ich nicht wußte, ob die Nekrose dem Insektenstich oder den Injektionen zuzuschreiben war. Ich schaltete die Karbolsäure von diesem Momente an aus meiner Rezeptur vollkommen aus. Zwanzig Jahre später war ich in Wien in Garnison und hörte dort Vorträge von Prof. Eiselsberg über Fortschritte der Chirurgie. Er demonstrierte uns einmal einen schwarz-nekrotischen enukleierten Daumen, das Opfer von Karbolumschlägen. Seine Bemerkung hiezu lautete: „Die Karbolsäure ist ein Medikament, das nur mehr zur Desinfektion von Aborten verwendet wird."

Oberstabsarzt a. D. Dr. **Egyed**, Brasov.

Ad 159. Medianus- und Ulnarislähmung. Es handelt sich offenbar um eine durch vorangegangene Neuritis erzeugte Lähmung der erwähnten Nerven. Die Ätiologie dieser Neuritis ist mangels näherer Angaben unklar. Es wäre nicht ausgeschlossen, daß traumatische (Druck beim Liegen) oder toxische Ursachen eine Rolle spielen. Jedenfalls wäre die Prüfung der Entartungsreaktion nachzutragen und die Galvanisierung (breite Anode stabil auf den Nacken oder die Schulter legen, Knopfkathode labil auf den Nervenverlauf) viele Wochen fortzusetzen. Alternierend auch schwache Faradisation der betreffenden Muskelgebiete.

Med.-Rat Dr. Ludwig **Stein**, Wien.

Ad 160. Aszites bei einem Kinde. Während mancher Influenzaepidemie wurde bei Patienten, die Pleuritis oder Reizzustände am Processus vermicularis durchgemacht hatten, das Auftreten peritonealen serösen Exsudates mit anscheind tuberkulösem Charakter beobachtet. Ich hatte vor vielen Jahren derartige Fälle in Behandlung, darunter ein desolat aussehendes als tuberkulös anderwärts angesehenes Mädchen, bei welchem überraschenderweise aus einer im Bereiche der Vulva spontan entstandenen Durchbruchfistel die abundante Bauchhöhlenflüssigkeit ausströmte, ohne sich wieder anzusammeln. Diese Person erfreut sich andauernd vollkommener Gesundheit. Allerdings wäre es unbedachtsam, den Tuberkuloseverdacht bei derlei Fälle allzufrüh auszuschließen. Der große Lebertumor mit dem sich stets erneuernden Aszites bei Ihrer kindlichen Patientin mahnt auch, ätiologisch an Lues zu denken. Bei eventuell positiver WaR wird nach Verabreichung von Jodkali eine rasche Verkleinerung des Lebertumors und Verhütung des von demselben bedingten Aszites zu erwarten sein. Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Czernowitz.

Ad 160. Es handelt sich scheinbar um eine Pleuropericarditis adhaesiva auf tuberkulöser Basis. Der rasche Anstieg der Pulsfrequenz und die Zunahme des Hydrops nach Sistieren einer Herztherapie sprechen für dynamische Genese des Aszites bei primärer Herzschwäche. Nachdem bei vollständiger Entwässerung (durch Digitalis) die Lebervergrößerung durch weitere Zufuhr von Diuretizis und Herzmitteln unbeeinflußt bleibt,

wird man bereits an eine zyanotische Induration oder zirrhotische Veränderungen des Leberparenchyms infolge einer chronischen Stase denken müssen. Mit Rücksicht auf die Hemmung der Resorption im Bereiche der inneren Wurzeln der Vena portae, die klinisch in Form eines Magen-Darmkatarrhs zum Ausdruck kam, wird sich eine rektale Digitalistherapie empfehlen. Gut bewährt haben sich Digitalis-Dispert-Suppositorien. Die Vorteile dieser Behandlungsform im konkreten Falle sind vor allem Schonung des Magen-Darms und ökonomische Therapie. Die gute Resorption und bessere Ausnützung der Droge sichern einen deutlichen Effekt bei Zufuhr von kleinen Dosen. Ich würde hier eine selbst in Mikrodosen geübte chronische, kontinuierliche Digitalistherapie einer chronisch-intermittierenden Kur vorziehen. Mit Rücksicht auf die kardiale Natur des Hydrops werden Sie auf Digitalispräparate (zugunsten von Diuretizis) nicht verzichten können. Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 170. Bei der klimakterischen Fettsucht handelt es sich um eine endokrine Störung, bedingt durch das Aufhören der Ovarienfunktion. Daher ist es zweckmäßig, dreimal täglich eine Ovarialtablette zu geben; man injiziert gleichzeitig täglich eine Ampulle des Hypophysenextraktes. Eine fertige Kombination endokriner Organpräparate (Thyreoidea, Hypophyse, Ovarium und Pankreas) ist von der Firma Dr. Georg Henning, Berlin W. 35, Kurfürstenstraße 146—147, als Lipolysin. fem. herausgegeben worden. Man verabreicht dreimal täglich ein bis zwei Tabletten nach den Mahlzeiten und macht vier bis sechs Injektionen in der Woche, so daß im Verlaufe der Kur von fünf bis sechs Wochen 200 Tabletten und 20 bis 30 Injektionen gegeben werden. Die Firma Dr. Laboschin A.-G., Berlin, stellt ein ähnliches Organpräparat her, das speziell bei Kraus empfohlen wird. Auch dieses Präparat besteht als polyhormonales Entfettungsmittel aus den wirksamen Bestandteilen der Hypophyse, des Ovariums, der Thyreoidea mit einem Digitaliszusatz. Neben den Tabletten, dreimal täglich ein bis zwei Stück nach den Mahlzeiten, werden auch hier Injektionen gleichzeitig gemacht. Die Injektionen steigern sich in der Stärke und sind, zwölf an der Zahl, mit den Nummern I, II, III und IV bezeichnet. Die Tabletten werden durch sechs Wochen genommen. Die Injektionen, dreimal wöchentlich eine, erreichen nach vier Wochen ihren Abschluß. Während das Lipolysin subkutan gegeben werden kann, ist eine subkutane Injektion des Leptormons nicht empfehlenswert, da nach derselben Rötung und Schwellung der Haut eintritt; die Leptormoninjektionen werden also zweckmäßig intramuskulär gemacht. Nebenbei muß die Diät mit Einschränkung der Kohlehydrate und der Fette eingehalten werden, wobei auch für Bewegung und genügenden Stuhlgang zu sorgen ist. Es ist also während der sechs Wochen Kurzeit wichtig, frühmorgens nüchtern einen Teelöffel voll natürliches Marienbader Brunnensalz aufgelöst in 250 g eines Mineralwassers trinken zu lassen. Bei Möglichkeit danach Spaziergang von einer halben Stunde und dann Frühstück. Als solches eine Tasse Tee mit Zitrone, 50 g Brot, ein Ei. Mittagessen 100 g Fleisch, das nicht paniert oder gefüllt sein darf, Gemüse, Salat und Obst. Um 4 Uhr eine Tasse Tee. Bei meinen Entfettungskuren hat sich besonders die starke Beschränkung des Abendessens bewährt. Als solches genügt saure Milch, oder zwei Eier mit Salat oder Kompott oder Obst. Bei Hunger darf zwischendurch Obst gegeben werden. Die Bewegung muß dem Einzelfall entsprechend dosiert werden (über Leptormon siehe auch dieses Heft, S. 422). Dr. R. **Kolb**, Marienbad.

Ad 173. Gichtknoten. Ich kann Ihre Meinung, daß Ihre Arthritis auf einer „Dyshormonie der endokrinen Drüsen" beruht, nicht teilen, weil irgendein greifbares Argument für diese Annahme weder hier noch in vielen anderen, heute leider so gedeuteten Fällen vorliegt. Es ist nur Mode

geworden, für alles, was man nicht erklären kann, die Drüsen mit innerer Sekretion verantwortlich zu machen, und man glaubt vielfach darin einen Fortschritt gemacht zu haben, während man in Wirklichkeit meiner Überzeugung nach nur Verwirrung stiftet. Daher kann ich auch keinen Rat in bezug auf Organtherapie erteilen und bin überzeugt, daß lokale Behandlung wie Diathermie, Fango usw. noch immer am aussichtsreichsten ist. Proteinkörpertherapie wäre gleichfalls zu versuchen.

Dozent Dr. J. **Bauer,** Wien.

Ad 173. Der Beschreibung nach wird es sich um eine klimakterische Arthritis chronica (Arthritis sicca endogena) handeln (siehe auch „Ars Medici" 1924, S. 435), welche meist in den Händen, Knien und Füßen mit Kapselverdickung und Knochenusur ganz allmählich beginnend sehr häufig vorkommt. Versuchen Sie große Mengen Eierstock-, bzw. Hodenpräparate (Ovosan-Testosan Sanabo) und einmal wöchentlich eine 1%ige Schwefelinjektion. Rp. Sulf. praecip. 0.5, Ol. olivarum 50.0. „Steril"; beginnen Sie mit fünf Teilstrichen und steigern Sie je nach der Reaktion um je einen Teilstrich.

Dr. K. **Wasserbrenner,** Wien.

Ad 175. Erbrechen und Appetitlosigkeit bei Kyphoskoliose. Bei Kyphoskoliose komprimiert nicht selten die an den Magen angepreßte Leber, besonders wenn bereits Stauung besteht, das erstere Organ zwischen Antrum und Fundus. Man hört in solchen Fällen bei der Auskultation des Magens mit jeder Respiration ein glucksendes Geräusch, durch das Hin- und Herschieben des Inhaltes an Flüssigkeit und Gas von dem einen Magenteil in den anderen veranlaßt. Manchmal ist das Geräusch auf weite Distanz hörbar. Ich habe mich sowohl durch Röntgenuntersuchung als durch die Sektion überzeugt, daß solche beträchtliche Kompressionen und Verlagerungen des Magens infolge der Raumbeengung bei Kyphoskoliose vorkommen. Versuchen Sie in Ihrem Falle einige Tage rektale Ernährung durchzuführen, dadurch den Magen zu entlasten, dann die normale Peristaltik durch Pituitrininjektionen anzuregen, eventuell dann durch Insulin (0.5 cm^3 eine halbe Stunde vor der Mahlzeit; als solche Kaffee mit einem Eßlöffel Malzextrakt oder Bier mit Zusatz von Malzextrakt oder Schokolade oder sonst ausreichende Mengen von Kohlehydrat) die Appetenz anzuregen.

Prof. Dr. M. **Sternberg,** Wien.

Ad 176. Das Vorkommen einer Luftembolie im Anschluß an die Ausräumung bei fieberhafter Fehlgeburt (im dritten Monat) ist gewiß möglich. Ich halte aber in vorliegendem Falle diese Annahme nicht für sehr wahrscheinlich. Auch an eine Embolie der Arteria pulmonalis möchte ich nicht recht denken, sondern an einen Herztod der offenbar schwer septischen Frau. — Zur Vermeidung der Luftembolie wäre nur anzuführen: Vermeidung von Beckenhochlagerung, größte Vorsicht bei Spülungen, besser noch gänzliches Unterlassen von solchen. — Im übrigen halte ich das beschriebene Vorgehen für richtiger als etwa Tamponade, möchte aber unter Umständen auch die Tamponade nicht ganz verurteilen. Es kann ja sogar die operative Entfernung der Gebärmutter gelegentlich in Frage kommen. — Als medikamentöse Behandlung bei Luftembolie kommt wohl nur ein Herzmittel in Betracht. Ob man damit viel erreicht, ist fraglich. In neuerer Zeit wird ein Aderlaß (mindestens 400 cm^3) für besser gehalten.

Prof. Dr. F. **Kermauner,** Wien.

Ad 177. Schlafzustand mit erschwertem Erwecken. Der Fall läßt sich nach den vorliegenden Angaben diagnostisch nicht klären. Narkolepsie (Gélineau) ist es nicht; hier ist das Erwecken sehr leicht, das Einschlafen erfolgt meist mehrmals täglich. Auch tritt meist kein Lachen und Zittern, eher eine eigentümliche Schwäche auf. In Betracht kommen Epilepsie

(nächtliche Anfälle mit nachfolgendem Sopor), Hysterie (?), allenfalls Tumor cerebri (??). Ich würde eine Krankenhausbeobachtung empfehlen; jedenfalls Röntgenuntersuchung des Schädels. Prof. Dr. E. **Redlich,** Wien.

Ad 178. Chronische Laryngitis und Pharyngitis. Patienten und spezialistisch nicht genügend vorgebildete Ärzte führen mitunter alle chronischen Nasenerkrankungen als „chronischen Schnupfen" und alle chronischen Kehlkopferkrankungen als „chronische Laryngitis", bis eines Tages der „chronische Schnupfen" sich als eine alte Nebenhöhlenerkrankung offenbart und der „chronische Kehlkopfkatarrh" seine Maske fallen läßt und sein wahres malignes Gesicht zeigt. Darum muß dringend empfohlen werden, jede chronische Erkrankung in Rachen und Kehlkopf durch den Facharzt untersuchen zu lassen. Primarius Dr. K. **Tschiassny,** Wien.

Ad 179. Totaler Haarausfall nach Typhus. Nach Typhus erwartet der Arzt gewöhnlich starken Haarausfall am Kopfe. Diese toxisch-febrile Haarbildungsstörung setzt meist nach ein bis drei Monaten plötzlich ein, führt aber nicht zur vollkommenen Alopezie und kann das Defluvium capillorum monatelang anhalten. Doch der geschilderte Verlust der Behaarung am ganzen Körper deutet auf ein anderes Vorkommnis; in diesem Falle ist ein gemeinschaftliches Zentrum für die gesamte Haarbildung und Haarerhaltung geschädigt. Ein nervöses Zentrum, welches das Haarwachstum kontrolliert, kennen wir nicht; dafür ergeben klinische Erfahrungen über die Inkrete, daß Störungen sowohl der Keimdrüsen wie des Hypophysenvorderlappens von solchem allgemeinen Haarausfall begleitet werden. Die Drüsenschädigung könnte vom vorausgegangenen Typhus bewirkt worden sein. Welche der Drüsen ihre Funktionstüchtigkeit eingebüßt hat, kann aus Begleitsymptomen erschlossen werden: bei gleichzeitigem Kopfschmerz, psychischer Depression, Polyurie, Störung der Wärmeregulation (Hypothermie), reichlichem Fettansatz am Unterbauche und den Hüften — würde man den Haarausfall auf ein Defizit der Hypophyse zurückführen, indessen Samthaut am Rumpfe, gelbliches Kolorit und runzelige Gesichtshaut, matsche Hoden eher als Hypogenitalismus ausgelegt werden dürfen. — Manchmal besteht auch bei Schilddrüseninsuffizienz (Myxödem) ein partieller Haarausfall am Kopf und den Augenbrauen. Man beobachtet dann bei der Ersatztherapie mit Thyreoidintabletten das Auftauchen von Lanugo. — Wenn der Haarboden unveränderte Zeichnung bietet und die Haut nicht verdünnt und glänzend geworden ist, so wäre der Versuch gerechtfertigt, Keimdrüsen- oder Hypophysenvorderlappen-Präparate zu verfüttern. Wenn der Haarboden aber jene Veränderungen aufweist, ist kein therapeutischer Erfolg mehr zu erwarten.

Reg.-Rat Prof. Dr. S. **Erben,** Wien.

Ad 179. Ich verweise auf die in Heft 4, S. 148, der „Ars Medici" erschienene Notiz, die auf meine in der Wiener med. Wochenschrift erörterte Methode Bezug hat, bei hartnäckigem, allen Mitteln trotzenden Haarausfalle nach Symptomen auch leichten Grades von Hyperthyreoidismus (Zittern, Unruhe, Abmagerung, Tachykardie, Hitzegefühl usw.) zu fahnden. Im positiven Falle kann man mit Galvanisation der Schilddrüse und des Halssympathikus (Anode 2—2½ MA) nach meiner Erfahrung oft überraschende Resultate erzielen. Eventuell auch Antithyreoidinserum-Moebius in kleinen Dosen, zweimal täglich fünf Tropfen. Bei der mit Typhus einhergehenden und oft lange nachher persistierenden Veränderung der Milz wäre eine Störung im Gleichgewichte der endokrinen Drüsenfunktion im Sinne eines Hyperthyreoidismus nicht ausgeschlossen.

Med.-Rat Dr. Ludwig **Stein,** Wien.

Ad 179. Die vor eineinhalb Jahren durchgemachte Typhusinfektion und der vor vier Monaten aufgetretene allgemeine Haarausfall stehen patho-

genetisch kaum in kausalem Zusammenhang. Ihre Angabe, „das Blutbild normal" sollte durch eine Blutkultur (Anreicherungsverfahren) ergänzt werden. — Nach Ausschluß einer Typhusinfektion und einer das Defluvium rechtfertigenden Dermatose wäre der Kranke einer internen Klinik zur Beobachtung zuzuweisen. Der totale Haarausfall am ganzen Körper mahnt auch, eine Dysfunktion der Drüsen mit innerer Sekretion im Sinne einer pluriglandulären Insuffizienz in Erwägung zu ziehen. Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 180. Einführung in die Homöpathie. Die Hauptsache ist, nicht mit ungeeigneter Literatur zu beginnen. Man lese zunächst: Tischner „Das biologische Grundgesetz in der Medizin", Verlag der Ärztlichen Rundschau in München; Stiegele „Grundlagen und Ziele der homöopathischen Heilmethode", Verlag Konkordia, Bühl in Baden; Schier „Grundlagen der Homöopathie", Verlag Wilkens in Mainz; Leeser „Grundlagen der Heilkunde", Verlag Konkordia in Bühl in Baden. — Das sind vier kleine Schriften, die nicht viel Zeit erfordern. Dann lese man von Hugo Schulz „Vorlesungen über Wirkung und Anwendung der unorganischen Arzneistoffe" und „Vorlesungen über Wirkung und Anwendung der deutschen Arzneipflanzen", Verlag Thieme in Leipzig. Jetzt das „Organon der Heilkunst" von Hahnemann, Verlag Dr. W. Schwabe in Leipzig und die Hahnemann-Biographie von Haehn, ebenda. Ist man so weit gekommen, dann studiere man Arzneimittellehren, z. B. von Farrington (Verlag Dr. W. Schwabe, Leipzig) und Stauffer (Verlag J. Sonntag in Regensburg). Auch die Arzneimittellehre von Dewey, Verlag Schwabe in Leipzig. Für die Praxis benütze man Stauffers „Homöopathie" (Verlag J. Sonntag in Regensburg) und mein „Taschenbuch der homöopathischen Therapie", Verlag Hahnemannia in Stuttgart. Daneben lese man die „Allgemeine homöopathische Zeitung", Leipzig. Querstraße 5; die „Deutsche Zeitschrift für Homöopathie", Berlin S 14, Wallstraße 67, und ältere Journale. Ich warne vor der populären Literatur und vor der sogenannten „Komplexhomöopathie". Über die französische, englische und amerikanische Literatur kann ich brieflich Auskunft erteilen. Dr. H. **Balzli**, Hohrodberg-Münster (Elsaß).

Ad 180. Die besten Werke für den praktischen Arzt sind „Homöotherapie" von Dr. Stauffer, Deweys „Arzneiwirkungslehre" und Heinigkes „Arzneimittellehre". Zum Studium der Biochemie kommt in Frage: Doktor Schüssler „Abgekürzte Therapie". — Diese Werke wie auch Prospekte über weitere Literatur sind zu haben bei der Buchhandlung Rohrmoser in Radeburg, Bezirk Dresden. Dr. G. **Madaus**, Radeburg.

Ad 182. Die bei Tabes auftretenden Blasenstörungen können im allgemeinen ihre Erklärung finden, 1. durch eine spastische Kontraktur (zentrale Lähmung) des Blasensphinkters und 2. durch Lähmung oder Parese des Detrusors; eine solche scheint auch in dem fraglichen Falle vorzuliegen, da bei Kontraktur des Schließmuskels eine spontane Entleerung auch nur geringer Harnmengen, die nur unter Zuhilfenahme akzessorischer Muskeln (vorwiegend der Bauchpresse) erfolgen kann, überhaupt unmöglich wäre. Es fehlt aber offenbar (abgesehen von der Unzulänglichkeit der austreibenden Kräfte) die sensible Kontrolle über den Füllungszustand der Blase, und die — ohnedies jeweilig unvollständige — Blasenentleerung bleibt hinter der von den Nieren nachfliessenden Harnmenge dauernd zurück, so daß die Blasenfüllung zunimmt, bis es schließlich wieder zum „Überfliessen" der Blase kommt, das durch den neuerlichen Katheterismus — der offenbar in den Morgenstunden zu erfolgen pflegt — sein vorläufiges Ende findet. Die Kontinenz scheint hier keine „leidliche", sondern mindestens eine ausreichende zu sein, der Sphinktertonus überwiegt die Kraft des Detrusors mit Einschluß aller Auxiliärmuskeln sicher beträchtlich. Ob

der Schließmuskel — sei es reflektorisch, sei es infolge Affektion seines spinalen Zentrums — in seinem Tonus auch absolut erhöht ist, läßt sich nicht ohne weiteres entscheiden. Aus seiner tatsächlichen Überlegenheit erscheint aber der Versuch gerechtfertigt, seinen Tonus durch teilweise Durchtrennung mit der Hochfrequenzelektrode oder wohl besser durch keilförmige Exzision bei geöffneter Blase herabzusetzen; eine Inkontinenz ist durch einen derartigen Eingriff kaum zu befürchten. Auch die Detrusorlähmung, die oft keine totale ist, wäre therapeutischen Versuchen zugänglich: Regelmäßiger Katheterismus, unter streng aseptischen Kautelen, wirkt entlastend; zweckmäßig sind Blasenspülungen mit Argent. nitr. 1:4000 bis 1000 anzuschließen, die nicht nur antiseptisch, sondern möglicherweise auch reizend auf die Blase einwirken und zu Kontraktionen anregen; des weiteren werden Strychnininjektionen (0.001 bis 0.005 pro dosi), die von vorübergehender Wirkung sind, ferner galvanische oder faradische Behandlung der Blase empfohlen; diese Verfahren können bis zu einem gewissen Grade von Erfolg sein, wenn ein Teil der Detrusorfasern noch erhalten ist. Es liegt in der Natur der Erkrankung, daß ein voller oder gar dauernder Erfolg nicht in Aussicht gestellt werden kann.

Dr. E. **Kornitzer**, Facharzt f. Urol., Wien.

Ad 183. Der **Plattfuß bei einem eineinhalbjährigen Kinde** ist weniger durch seine „Plattheit" ausgezeichnet, als durch die Knickung der Ferse im Sinne der Pronation. Das Füßchen ist gewöhnlich weich, so daß es keines Redressements bedarf. Es handelt sich vielmehr darum, den Fuß möglichst lange Zeit des Tages in Supinationsstellung zu halten (durch eine Schiene o. dgl.), damit sich die im Supinationssinn wirkenden Muskeln verkürzen können und die Knochen eine entsprechende Form bekommen. Für eine Nachtschiene hat Schede in Leipzig ein gutes Modell konstruiert, bei dem durch Federzug die Ferse in Supinationsstellung gebracht und der Vorfuß zur Erzeugung der Höhlung supinatorisch gedreht wird. Während des Tages verwende ich einen zweiteiligen Fußapparat, der aus einer Schachteleinlage besteht, die durch ein Knöchelgelenk mit der Unterschenkelschiene in entsprechender Stellung in Verbindung gebracht ist. Sehr wichtig sind auch bei einem kleinen Kinde entsprechende Übungen, die ihm im Spiele beigebracht werden können. Die genannten Apparate sind nur für schwere Formen des Knickfußes nötig; für leichtere kommt man mit Einlagen aus. Jeder Orthopäde muß die Technik der Plattfußbehandlung beherrschen. Dozent Dr. O. **Stracker.** Wien.

Ad 185. Periodische Entzündung und Schmerzen an den Füßen. Die Schilderung ist nicht genug ausführlich, um eine genaue Diagnose zu ermöglichen, z. B. fehlt eine Angabe, ob das Auftreten der entzündlichen Knoten mit Fieber verbunden ist. Man kann an rezidivierendes Erythema nodosum und an echte Gicht denken. Im ersten Falle käme je nach dem Lokalbefund im Halse und dem Ausfall der Pirquetschen Reaktion Tonsillektomie oder Tuberkulintherapie in Betracht; im anderen Falle Alkoholabstinenz und purinarme Kost, Karlsbaderkur und Schlammpackung. Das Auftreten nach lokalen Traumen, die Lokalisation an den Beinen und der rasche Ablauf sprechen eher für Gicht. Prof. Dr. M. **Sternberg.** Wien.

Ad 186. Süßer Geschmack im Munde. Geschmackssensationen, besonders süßer oder auch salziger Geschmack im Munde, haben neben regionären Ursachen (schlechte Zähne, chronische Tonsillitis, Stomatitis, Glossitis) auch oft ihre Begründung in Erkrankungen der Gefäße und Nerven. Arteriosklerotiker haben nicht selten solche Geschmacksempfindungen (Besserung auf Diuretin usw.); weiters Patienten mit peripheren oder zentralen Störungen im Nervensystem, besonders Patienten aus dem

Heer der sogenannten metaluetischen Erkrankungen. Namentlich inzipiente Tabiker, aber auch inzipiente Paralytiker klagen über Geschmackssensationen; vereinzelt findet man solches auch in den wechselnden Stadien nach Enzephalitis. Die Therapie richtet sich nach dem Grundleiden, wird also häufig eine antiluetische sein müssen. In dem angeführten Falle wären scheinbar die Remedien gegen Arteriosklerose am Platze. — Zergehenlassen von Pfefferminzzeltchen im Munde ist ein gutes symptomatisches Mittel. Dozent Dr. S. **Bondi**, Wien.

Ad 187. Ertaubung nach Meningitis ist unheilbar. Es empfiehlt sich, das Kind mit fünf Jahren in das Internat des Kindergartens für Taubstumme in Wien aufnehmen zu lassen; rechtzeitige Vormerkung notwendig. Dozent Dr. R. **Leidler**, Wien.

Ad 191. Atropin-Augentropfen beim Kinde. Die Dosierung 0.002:10.0 reicht vollkommen aus, aber auch die stärkere Lösung 0.05:10.0 hat keine Intoxikationsfolgen. Dozent Dr. R. **Neurath**, Wien.

Ad 193. Ohrerkrankung mit Schwindel. Der Fall ist ohne genauere Beobachtung nicht zu diagnostizieren. Wie ist (oder war in der Attacke) der Nystagmus? Wie ist die WaR? Wie der Blutbefund (Leukämie?)? Es kann sich um eine periphere (Labyrinth-), aber auch um eine zentrale Erkrankung handeln. Die Therapie hängt natürlich von der Diagnose ab. Dozent Dr. R. **Leidler**, Wien.

Instrumente und Apparate.

Einen Wärmeschirm für Säuglinge mit automatischem Temperaturregler, der sich besonders zur Aufzucht von Frühgeburten, aber auch bei Enteritiden mit Hypothermie, Ekzemen, Erythrodermie, Pylorospasmen, Koliken, Meteorismus usw. glänzend bewährt, gibt Prof. L. Moll (Wien) an. Die Vorrichtung besteht aus einer mit einem Leintuch bedeckten Reifenbahre, in der zwei bis vier Kohlenfadenglühlampen von je zehn Kerzenstärken angebracht sind, die eine gleichmäßige milde Wärme erzeugen. Der Kopf des Kindes liegt außerhalb des Schirmes in der Zimmerluft. Der Körper ist nur locker umhüllt, so daß das Kind ungestört seine triebhaften Bewegungen vollführt, wie man durch ein seitliches Fenster beobachten kann. Ein von Stromart und Spannung unabhängiger Momentkontakt ermöglicht es, die Temperatur beliebig zwischen 35 bis 50° C einzustellen, indem eine bei Erwärmung ansteigende Äthersäule eine der Lampen unterbricht, wenn die gewünschte Temperatur überschritten ist. Erzeuger: Scheiber & Kwaysser, Wien XIII., Linzerstraße 16. (Lit. W. kl. W., XXXII, Nr. 3.)

Medikamente.

Allional ist ein schmerzstillendes Schlafmittel, nämlich eine Kombination der Isopropylpropenylbarbitursäure mit einem Gliede der Dimethylaminopyrazolongruppe. Die kleinen gelben Tabletten enthalten je 0.16 g der Verbindung. Zur Schmerzstillung werden ein bis zwei bis vier Tabletten auf den ganzen Tag verteilt. Zur Schlaferzeugung werden ein bis zwei Tabletten (in schweren Fällen bis zu vier Tabletten) in warmem Tee abends gegeben. Heufelder (Chir. Abtlg. Krankenh. Berlin-Lichten-

berg) rühmt die gute Wirkung des Mittels bei Schlaflosigkeit infolge Wundschmerzes und nach Operationen. In einzelnen Fällen erwies sich das Mittel sogar dem Morphin überlegen. — Erzeuger: Hoffmann-La Roche & Co. in Basel. (D. m. W. Nr. 23, 1925.)

Bromén. Unter diesem Namen fabriziert die Chem. Fabrik „Pragochemia“ in Prag fertige sterile Ampullen, welche je 10 cm^3 einer 10%igen Bromnatriumlösung in physiologischer Kochsalzlösung enthalten zur intravenösen Bromtherapie nach L e b e d j e w (siehe „Ars Medici“ 1925, S. 183). Dozent H ü b s c h m a n n (Dermat. Klinik, Prag) rühmt die mit dem neuen Präparat geübte venöse Bromtherapie, die er bei 20 Fällen von Ekzemen und einzelnen Fällen von Dermatitis arteficialis, Lichen ruber planus, Psoriasis vulgaris und Pruritus senilis sehr wirksam fand. Er injiziert das erste Mal 3 bis 5 cm^3, dann 5 bis 10 cm^3 und wiederholt die letztere Dosis (also eine ganze Ampulle = 1 g NaBr) täglich oder jeden zweiten Tag bis zu 5, ja sogar bis zu 15 Malen. (Derm. Wschr. Nr. 24, 1925.)

Haimoreinlagen bestehen aus Zellstoffpapier, 4:8½ cm, und sind mit Alaun und Formaldehyd getränkt. Das Papier wird ein wenig in den Anus geschoben und bleibt über Nacht liegen, kann aber auch bei Tag getragen werden. Nach Prof. H a r t m a n n (Heidenheim) beseitigen die Einlagen sofort das lästige Jucken bei Hämorrhoiden und bei Oxyuren und bringen die Oxyuren selbst allmählich zum Verschwinden. — Erzeuger: Verbandstofffabrik von Paul Hartmann in Heidenheim (Brenz). (D. m. W. Nr. 25, 1925.)

Leptormon, ein neues Entfettungsmittel, besteht aus Thyreoidea, Hypophysen- und Ovarialsubstanz (bzw. Testis) und enthält ferner Kalk und Digitalis. B l u m e n f e l d und K a s t a n berichten über günstige Erfolge mit diesem Mittel an der II. med. Klinik der Charité in Berlin. N u ß b a u m bestätigt die gute Wirksamkeit. Wöchentlich macht man drei Injektionen in steigender Dosierung und verabfolgt gleichzeitig dreimal täglich oral eine Leptormontablette. Wo nötig, werden noch Obst- oder Milchtage eingeschoben, welche wohl infolge des Digitalisgehaltes des Mittels besonders leicht und gut vertragen wurden. Wöchentliche Gewichtsabnahmen von 1½ bis 2½ kg wurden erzielt. — Erzeuger: Dr. Loboschin A.-G., Berlin NW 21. (D. m. W. Nr. 23, 1925.)

Neoreargon. Unter diesem Namen haben die Hersteller des Reargons, Prof. K l a u s n e r und W i e c h o w s k i in Prag, ein verbessertes Reargon erzeugt, welches 15% Silber (Reargon nur 6%) und 63% Anthrachinonglykoside (Reargon 50%) enthält. Mit diesem neuen Mittel gelangen ihnen bei geeigneten Fällen die Abortivkuren besonders häufig. Sie verwandten eine 5%ige Lösung von Neoreargon in destilliertem Wasser (das Neoreargon muß in destilliertem Wasser gelöst werden, während Reargon auch mit Brunnenwasser verdünnt werden kann), doch kann die Konzentration in der Praxis variiert werden. Bei Abortivfällen empfiehlt sich: An den ersten zwei Behandlungstagen je etwa fünf Injektionen in Abständen von drei Stunden. Meist verschwinden die Gonokokken am Ende des ersten oder am zweiten Tage. Vom dritten Tage an drei- bis viermal täglich eine Injektion in gewohnter Weise. Fortsetzung dieser Behandlung eine Woche lang nach dem Verschwinden der Gonokokken. — In Fällen, die sich nicht mehr zur Abortivbehandlung eignen, wird die gewöhnliche Behandlung wie mit Reargon verordnet und werden die Injektionen ebenfalls eine Woche lang nach dem Schwinden der Gonokokken aus dem Sekret fortgesetzt. — Zur Behandlung der Urethritis posterior wurden Druckspülungen mit 0.2%iger warmer Neoreargonlösung zweimal am Tage verwendet. — Bei Feststellung Littréscher Drüseninfektionen einmal täglich im Anschluß an eine Injektion Massage über der Sonde. — Für die

Harnröhrengonorrhoe der Frau wurden ein bis zwei Injektionen täglich mit der 5%igen Neoreargonlösung, bzw. Stäbchen aus Gelatine mit Neoreargon verwendet. Bei der Zervixgonorrhoe hat sich das Einbringen von Neoreargon in Substanz mittels watteumwickelter Sonde in die Zervix als außerordentlich wirksam erwiesen. — Es wurde oft über die Beschmutzung der Wäsche durch Reargonpräparate geklagt. Die Verfasser empfehlen das Tragen einer schwarzen Badehose mit Wattaeinlage. — Erzeuger des Neoreargons: Chem. Fabrik „Norgine" in Aussig a. d. E. (D. m. Wr. Nr. 22, 1925.)

Notizen.

Internationale Fortbildungskurse in Berlin finden im Oktober 1925 unter Mitwirkung der med. Fakultät statt. Vorgesehen sind Spezialkurse in allen Zweigen der Medizin mit praktischen Übungen, eine Vortragsreihe über die Grenzgebiete der inneren Medizin, ein Übersichtskurs über die Fortschritte der Medizin und ein Fortbildungskurs für Augenärzte. Nähere Angaben sowie Programm durch das Kaiserin Friedrich-Haus, Berlin NW. 6, Luisenplatz 2 bis 4.

Der XVIII. Internationale Fortbildungskurs der Wiener medizinischen Fakultät über die wichtigsten medizinischen Zeitfragen unter besonderer Berücksichtigung der Therapie findet vom 14. bis 27. September 1925 statt. Anschließend Seminarwoche bis inklusioe 2. Oktober. Anmeldungen und Programm beim Sekretär Dr. A. Kronfeld, Wien IX., Porzellangasse 22. Regiebeitrag von S 20.— bis 60.—.

Gute Bücher.

Prof. H. Rietschel: „Kinderheilkunde". Lehmanns med. Lehrbücher, Bd. VIII., Verlag J. F. Lehmann, München 1925. Preis: geheftet Mark 22.—. — Das Hauptgewicht ist, wie bei allen Lehrbüchern dieser Sammlung, auf die Abbildungen gelegt. Die farbenprächtigen Tafeln prägen sich dem Gedächtnis ein; die charakteristischen Bilder der Meningitis, Nephritis, Dekomposition und der kindlichen Hauterkrankungen sind so gut festgehalten, daß sie allein schon den Arzt auf den Weg zur richtigen Diagnose führen können. Schritt für Schritt ist die Tracheotomie in farbigen Abbildungen dargelegt; der halbwegs chirurgisch vorgebildete Praktiker kann wohl danach arbeiten. Außerdem stellt aber das 446 Seiten starke Buch einen kompletten Grundriß der Kinderheilkunde für den praktischen Arzt dar. Als Anhang ist eine Sammlung von Rezepten für die Kinderpraxis angefügt.

Dozent A. Perutz: „Die medikamentöse Behandlung der Harnröhrengonorrhoe des Mannes", Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin—Wien 1925. 266 Seiten. Preis: geheftet Mark 9.—. — Eine sehr ausführliche Darstellung der pharmakologischen Grundlagen und der praktischen Anwendung aller Medikamente bei der Gonorrhoe. Besonders berücksichtigt sind die diätetischen Vorschriften und deren Begründung sowie die Behandlung mit Vakzine und unspezifischen Proteinkörpern, mit Eigenblut und kolloidalen Substanzen, schließlich die Osmotherapie. Das für die Praxis geschriebene Buch gibt auch dem Spezialforscher wertvolle Anregungen.

Fessler und Mayer: „Allgemeine Chirurgie in Fragen und Antworten", Verlag J. F. Bergmann, München 1924. Preis: geheftet Mark 6.—. — Systematisch werden alle Kapitel der allge-

meinen Chirurgie, wie Schmerzbetäubung, Asepsis, Biersche Stauung, Infektion usw. in Fragen und Antworten durchgenommen. Die Fragen sind natürlich nicht willkürlich aneinander gereiht, sondern stellen eine Aussprache über jedes Kapitel nach allen Richtungen hin dar. Die häufigsten Knochenbrüche und ihre Behandlung sind in gesonderten Kapiteln im Zusammenhange beschrieben.

Prof. F. Umber: „Die Stoffwechselkrankheiten in der Praxis", Klin. Lehrkurse der M. m. W., Bd. 4, Verlag J. F. Lehmann, München 1925. Preis: geheftet Mark 3.60. — Der bekannte Meister der Stoffwechselkrankheiten gibt hier einen Auszug für die Praxis aus seinem großen Werke über Ernährung und Stoffwechselkrankheiten (Verlag Urban & Schwarzenberg). Auf den 163 Seiten des Büchleins kann sich der praktische Arzt leicht über den heutigen Stand der so wichtigen Kapitel: Fettsucht, Diabetes, Gicht usw. informieren. Der niedrige Preis des Werkes erlaubt jedem Praktiker die Anschaffung.

Adam: „Einführung in die Psychotherapie", Verlag J. F. Bergmann, München 1925. Preis: broschiert Mark 6.60. — An der Psychotherapie kann heute auch der Allgemeinpraktiker nicht mehr vorübergehen. Das vorliegende Werk unterrichtet ihn auf 123 Seiten in wirklich leichtverständlicher Art über die Grundzüge dieser jungen Wissenschaft. Zahlreiche Beispiele aus der Praxis erleichtern das Einleben in diese vielen noch ganz fremde Disziplin.

Prof. S. Jellinek: „Der elektrische Unfall", Verlag F. Deuticke, Leipzig—Wien 1925. Preis: geheftet Mark 4.80. — Der Arzt, der Ingenieur und schließlich jeder Gebildete muß heute über den elektrischen Unfall orientiert sein. Schon die elektrische Lampe kann unter Umständen ein gefährliches Instrument darstellen. Ratschläge zur Verhütung elektrischer Unfälle, Schilderung der Krankheitsbilder und deren Behandlung sind daher gewiß willkommen.

J. Finckh: „Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung". Verlag O. Gmelin, München 1924. Preis: geheftet Mark 1.20. — Verfasser legt dar, wie schwierig in der Praxis die Ätiologie der nervösen Schlaflosigkeit aufzudecken ist, und wie man ihr meist, wenn auch nicht immer, ohne Medikamente beikommen kann.

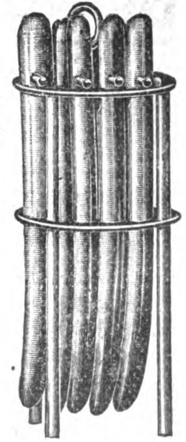
Prof. L. Moll: „Säugling und Kleinkind, ein Merkbuch für Mütter", Verlag F. Deuticke, Wien—Leipzig 1925. Preis: geheftet Mark 1.—. — Das bewährte und unter den Müttern schon weitverbreitete Heftchen liegt in dritter, erweiterter Auflage vor, welche gewiß ebensoviel Segen stiften wird wie die früheren. Der Arzt, der der jungen Mutter das Heft in die Hand gibt, erleichtert sich selbst seine Aufgabe, da er nicht mehr so erfolglos gegen Vorurteile und Unvernunft anzukämpfen braucht.

„Berliner Klinik." Unter diesem Titel erscheinen im Verlage von Fischers med. Buchhandlung H. Kornfeld, Berlin W 62, Abhandlungen für die Praxis zum Preise von Mark 1.— pro Nummer. Das Heft 344 bringt von San.-Rat Schindler: „Dürfen Geschlechtskranke mit negativem Laboratoriumsbefund heiraten?", Heft 345; Prof. A. Döderlein: „Über die Behandlung der Fehlgeburt". Heft 346/347: Prof. H. Schloßberger: „Die wissenschaftlichen Grundlagen und praktischen Ergebnisse der Chemotherapie der Infektionskrankheiten."

Dozent Dr. Erich Saupe (Dresden): „Das Thoraxröntgenbild im frühesten Kindesalter." Lehmanns med. Atlanten, Bd. 16. (Sprachlich besser wäre wohl: Das Röntgenbild des Thorax im frühesten Kindesalter.) — Das ganz vorzügliche Buch behandelt ein in der Literatur bisher sehr stiefmütterlich bedachtes Gebiet. Der knapp gefaßte Text is-



Steriles Uterus
Dilatatoren-Besteck
nach Dr. Joachimovits
ges. gesch.
enthält 13 Dilatatoren (Nr. 4—16)
nach Hegar.
Einwandfreie Sterilisation, keimfreie Aufbewahrung, bequemes Entnehmen des erforderlichen am abgeflachten Teil numerierten Dilatators.
Preis komplett . . . S 62.—
Prospekt auf Verlangen.
Sanitätsgeschäft „Austria"
Best & Cie., Wien IX., Garnisongasse 1.





ARS MEDICI

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration:

Telephon 29-1-39. **Wien IX., Spitalgasse 1a.** Telephon 29-1-39.

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Nr. 9. XV. Jahrgang. 1925.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. September 1925.

Interne Medizin.

Aderlaß — Indikationen.

Von Prof. M. Bürger (Kiel).

Der im Altertum und Mittelalter bekanntlich viel geübte Aderlaß wurde durch die Wiener Kliniker der klassischen Zeit aus der Therapie verdrängt, wird aber jetzt wieder mehr angewendet („Ars Medici" 1924, S. 451). Seine Physiologie ist uns noch unvollkommen bekannt. Es findet ein Hereinströmen von Wasser in die Gefäße, eine Blutverdünnung statt und die Leukozyten erscheinen vermehrt. Die blutbildenden Organe des Knochenmarks werden angeregt. Bei stärkeren Aderlässen findet sich Thrombozytenvermehrung wie nach jeder starken Blutung. Die unterste Grenze einer physiologischen Wirksamkeit des Aderlasses ist die Entnahme von etwa 150 cm^3 Blut.

Die Indikationen des Aderlasses lassen sich in drei Gruppen teilen: 1. der Aderlaß als Entgiftungstherapie, 2. der Aderlaß bei Kreislaufstörungen und 3. der Aderlaß als Stimulation für die Blutbildungsstätten.

1. Vergiftungen. Der Aderlaß ist bei exogenen wie bei endogenen Vergiftungen angezeigt. Man befördert mit dem Blute Gift nach außen, man schwemmt mit dem Aderlaß Gift aus den Geweben in die Gefäße und man regt schließlich das Knochenmark zur Neubildung unvergifteten Blutes an. Unter den exogenen Vergiftungen steht hier in erster Reihe die Kohlenoxydgasvergiftung, bei der große Aderlässe (500 bis 1000 cm^3) oft lebensrettend wirken. In zweiter Linie sind hier alle Vergiftungen zu nennen, die zur Methämoglobinbildung führen, wie Kal. chlor., Pyrogallol, Nitrobenzol, Phenazetin, Laktophenin, Anilin und seine Derivate sowie die Nitrite. Aber auch bei Vergiftungen, die nicht unmittelbar zur Blutschädigung führen, wird der Aderlaß empfohlen, so bei Strychnin- und Morphinvergiftung. Bei Giften, welche auf den Tonus der Gefäße lähmend wirken, ist mit Vorsicht vorzugehen, damit nicht der ohnehin sehr gesunkene Blutdruck zu niedrig wird und die Sauerstoffversorgung in den Zentralorganen leidet. Bei allen exogenen Vergiftungen hat dem Aderlaß ein Wiederersatz des entzogenen Blutes zu folgen behufs Förderung des Kreislaufes und der Diurese. Als Blutersatzflüssigkeit empfiehlt sich die von Lehmann angegebene Lösung: Na Cl, 8.0, KCl 0.2, $CaCl_2$ 0.2, $MgCl_2$ 0.1, Gummi arab. 70.0, $NaHCO_3$ 1.2, Aqu. dest. ad 1000.0. — Will man durch die Infusion zugleich eine Organismusauswaschung bewirken, so macht man die Infusionsflüssigkeit durch Zusatz von 20% Traubenzucker hypertonisch. Bei Komatösen wird durch den Traubenzucker zugleich etwas Nährmaterial zugeführt. Bei allen Vergiftungen, die direkt blutschädigend wirken, soll das entzogene Blut womöglich durch Bluttransfusion von einem anderen Menschen ersetzt werden. — Von endogenen Vergiftungen kommen für den Aderlaß in Betracht: Urämie, Eklampsie, Cholämie und in bestimmten Fällen das Coma diabeticum. Bei Urämie gelingt es oft, das schon getrübte Sensorium wieder frei zu machen, die Endprodukte des Eiweißstoff-

wechsels und Kochsalz werden ausgeschwemmt, der Blutdruck sinkt wenigstens vorübergehend. Bei akuter Nephritis kann der Aderlaß eine günstige Wendung einleiten; die oft gefährlichen Ödeme werden mobilisiert, die Zirkulation gehoben, das Herz entlastet und der Blutdruck sinkt. Bei den chronischen Nierenerkrankungen, vor allem den Sklerosen, ist die Wirkung des Aderlasses natürlich nur vorübergehend. Man wird ihn aber auch hier nicht entbehren wollen, weil er oft das einzige Mittel ist, der drohenden Anhäufung von Stoffwechselschlacken im Organismus entgegenzuwirken. Bei den degenerativen Nierenerkrankungen wirkt hingegen der Aderlaß im allgemeinen wenig günstig. — Eines der dankbarsten Gebiete für den Aderlaß ist die Eklampsie. Die günstige Wirkung scheint hier weniger auf „Entgiftung des Organismus" als auf Beeinflussung des Kreislaufes (siehe unten) zu beruhen. Bei Eklampsie nach der Geburt wird man sich weniger leicht entschließen, durch den Aderlaß nochmals Blut zu entziehen oder wird wenigstens nach dem Aderlaß die entnommene Blutmenge durch Infusion — am besten unter Zusatz von Traubenzucker — wieder ersetzen. — Bei Cholämie und beim Coma diabeticum sind vom Aderlaß entscheidende Erfolge nicht zu erwarten.

2. Kreislaufstörungen. Ob eine Herabsetzung des arteriellen Blutdruckes durch Aderlaß stattfindet, ist fraglich. Aber der Venendruck wird erniedrigt, dadurch das arteriovenöse Druckgefälle gesteigert und die Zirkulation im wichtigsten Abschnitte, dem Kapillargebiete, unmittelbar erleichtert. Ferner wird durch Einströmen von Gewebswasser in die Blutbahn das Blut verdünnt und zu leichterer Zirkulation befähigt und schließlich durch Beseitigung des Ödems und der Gewebsspannung ein Hindernis der Kapillarzirkulation hinweggeschafft. — Die essentielle Hypertonie wird heute vorwiegend als Vasoneurose aufgefaßt. Dementsprechend können wir vom Aderlaß keine dauernde Beeinflussung der pathologischen Einstellung des Gefäßtonus erwarten. Wiederholte Aderlässe bei diesem Leiden sind nicht zu empfehlen und nicht unschädlich. Zu rascher Überwindung bei akuten Gefäßkrisen mag er hie und da angewendet werden. — Bei arteriosklerotischen Hirnblutungen haben manche Autoren den Aderlaß abgelehnt, weil der nach der Apoplexie sich einstellende erhöhte Blutdruck für die Blutversorgung ischämischer Hirnbezirke günstig und notwendig sei. Andere Autoren wie auch Verfasser empfehlen hier doch den Aderlaß, da eine Herabsetzung des Blutdruckes und die nach Aderlaß gesteigerte Gerinnungsfähigkeit des Blutes die Hirnblutung zum Stillstand bringen und vor Nachblutungen schützen. Nur ist zu bedenken, daß oft im apoplektischen Koma Herzschwäche mit kleinem irregulärem und inäqualem Puls besteht; dann wird man anfangs vom Aderlaß absehen. Bei vollblütigen Individuen mit kräftiger Herzaktion und hohem Blutdrucke soll man den Aderlaß anwenden, zumal wenn das Koma lange dauert. Jedoch soll man auch in diesen Fällen die Blutentziehung langsam vornehmen, eventuell kleine Aderlässe in Abständen von mehreren Stunden wiederholen. — Bei Luftembolien ist die lebensrettende Wirkung großer Aderlässe (nicht unter 400 cm³) wiederholt beobachtet worden. Das hat heute ein erhöhtes praktisches Interesse, weil bei der Pneumothoraxanlage auch durch geübte Operateure hie und da Luftembolie vorkommt. Bei jeder Pneumothoraxanlage sollte man ein in Alkohol liegendes Messer bereit halten, um im Falle einer Luftembolie „blitzartig" einen großen Aderlaß machen zu können. — Beim Aortenaneurysma wurde früher nach den Vorschriften von Valsalva der Aderlaß viel geübt, um die Füllung und Größe des Aneurysmas dadurch zu beeinflussen. Nach unseren heutigen Kenntnissen ist diese Therapie theoretisch nicht gerechtfertigt, da die hereinströmende Gewebsflüssigkeit sofort den gleichen

Füllungszustand wieder herstellt. Trotzdem ist bei akuten Erstickungsanfällen infolge von Aneurysma ein Versuch mit dem Aderlaß zu machen. Verfasser beschreibt zwei Fälle, wo es gelang, die akute Erstickungsgefahr zu bannen. Natürlich muß man sich der nur vorübergehenden Wirkung voll bewußt sein. — Sicher und experimentell leicht nachweisbar ist die Wirksamkeit des Aderlasses bei venöser Hypertonie. Wenn die rechte Herzkammer und Vorkammer durch Überlastung nahezu zum Stillstand gebracht sind, wird die Überdehnung durch einen ausgiebigen Aderlaß ausgeglichen und die Tätigkeit des rechten Herzens wieder zur Norm zurückgeführt. Auch die oben erwähnten Faktoren wirken hier mit: die Erhöhung des arteriovenösen Druckgefälles und die Erleichterung des Kapillarkreislaufes durch Blutverdünnung, durch Beseitigung des Ödemdruckes. Gelingt es zugleich durch Herzmittel, den Kreislauf weiter kräftig zu erhalten, so kann dem Krankheitsbild einer schweren Zirkulationsstörung eine dauernde Wendung zum Besseren gegeben werden. Das Gleiche gilt für den Lungenkreislauf. So erklären sich die raschen günstigen Wirkungen des Aderlasses bei venöser Hypertension, der „Phlebostase" der alten Kliniker, wo Rechtsverbreiterung des Herzens und pralle Füllung der Extremitätenvenen eine Überlastung des rechten Vorhofes anzeigen. Hier soll die Behandlung durch einen ausgiebigen Aderlaß eingeleitet werden. Kollapserscheinungen sind in solchen Fällen auch bei schwächlichem Herzen nicht zu fürchten. — Eine lebensrettende Wirkung wird dem Aderlaß nachgerühmt in akuten Fällen von kardialem Asthma, besonders wenn der Zustand durch hochgradiges Ödem oder Kyphoskoliose kompliziert ist. Ist bereits ein Lungenödem eingetreten, so soll man immer von einem ausgiebigen Aderlaß Gebrauch machen. — Bei Pneumonie kann die schematische Anwendung des Aderlasses nicht empfohlen werden; hier heißt es individualisieren. Bei beginnendem Lungenödem ist — wie oben erwähnt — der Aderlaß angezeigt. Bei drohendem oder bereits eingetretenem Kollaps ist Vorsicht geboten; hier kann zwar die Entlastung des Organismus von den gefäßlähmenden Zerfallsprodukten nützen, doch muß es zugleich gelingen, durch Gefäßtonika und Reinfusion von Blutersatzflüssigkeit den ohnedies schon gesunkenen Blutdruck wieder zu heben. — Bei chronischem Lungenemphysem mit sekundärer Insuffizienz des rechten Herzens wird die resultierende venöse Hypertonie durch einen ausgiebigen Aderlaß ausnahmslos gebessert.

3. Bei zu Anämie führenden Blutkrankheiten hat man früher den Aderlaß empfohlen, von der Erfahrung ausgehend, daß akute Blutverluste das Knochenmark zu einer Mehrleistung anregen. Sowohl die Theorie als die praktischen Erfahrungen sprechen gegen eine solche Therapie; bei anämisierenden Zuständen erschöpft sich nämlich die blutbildende Kraft des Knochenmarks bald. Die Aderlaßtherapie der Anämien ist daher wieder verlassen worden. Dagegen wirkt ein etwa monatlich wiederholter Aderlaß bei der Polyzythämie äußerst günstig, wahrscheinlich durch die Blutverdünnung; der quälende Kopfdruck und die Sensationen von seiten der Augen werden beseitigt. Durch Röntgenbestrahlung der langen Röhrenknochen wird die gute Wirkung des Aderlasses bei dieser Krankheit noch unterstützt.

Der unblutige Aderlaß (s. „Ars Medici" 1923, S. 452). Durch künstliche venöse Stauung der Extremitäten und Abbinden derselben kann man bis zu vier Fünftel der Körperblutmenge dem Kreislauf von Rumpf und Kopf entziehen und in den Extremitäten zurückhalten. Nachweisbar sinkt dadurch die venöse Hypertension gewaltig; die Entlastung des rechten Herzens läßt sich auch röntgenologisch (Verkleinerung des Herzens) fest-

stellen. Haben die Binden etwa 10 bis 30 Minuten gelegen, so sollen sie nicht gleichzeitig, sondern nacheinander allmählich gelöst werden. Bei schwächlichen Patienten, denen man das Blut nicht gänzlich entziehen will, kann der unblutige Aderlaß versucht werden. Eppinger berichtet besonders über gute Erfolge mit dem Verfahren bei Asthma cardiale. Aber das Abbinden der Gliedmaßen bleibt doch immer nur ein unvollkommener Ersatz des Aderlasses, da ihm einige wichtige Wirkungen nicht zukommen, wie die Verdünnung des Blutes durch Einströmen von Gewebsflüssigkeit in die Blutbahn; es wird im Gegenteil die Blutkonzentration erhöht und Ödembildung an den Extremitäten begünstigt. (Klin. Wschr. Nr. 26, 1925.)

Arhythmia perpetua (Delirium cordis, Vorhofflimmern).

Prof. K. F. Wenckebach (Wien) beobachtete eine sehr fettleibige Dame, die schon seit Jahren „flimmerte", und dennoch 96 Jahre alt wurde. Die bei der Herzauskultation höchst eindrucksvolle totale Arhythmie mit ihren salvenartigen Systolen und ganz unregelmäßigen, oft langen Pausen kann somit auch bei sonst Herzgesunden auftreten und rechtfertigt daher an sich noch nicht eine ungünstige Prognose. Häufiger findet man sie allerdings bei schwer dekompensierten Mitralvitien oder Sklerosen. Am Radialispuls ist meist nur wenig zu bemerken, da nur ein Teil der am Herzen hörbaren Systolen Pulswellen in die Peripherie treibt („Pulsdefizit"). Es gibt auch eine langsame Form der totalen Arhythmie (spontan oder nach ausgiebiger Digitalisierung). Die genauere Analyse ergibt eine Paralyse beider Vorhöfe, die nur flimmern, aber nicht schlagen. Zum „Entflimmern" des Herzens dient das Chinin oder Chinidin, da es sämtliche, auch übermäßige Herzfunktionen herabsetzt („dämpft"), in gewissem Sinne somit als Antagonist der Digitalis zu betrachten ist. Es ist zwecklos, vielleicht schädlich, wenn es zunächst mit Digitalis nicht gelingt, die Herztätigkeit zu bessern. Gefährlich ist das Chinin bei schweren Vitien (namentlich Mitralstenose) mit schon lange bestehendem Flimmern, da die namentlich im linken Vorhof infolge der Blutstagnation entstehenden wandständigen Thromben bei eventuellem Wiedereinsetzen der Vorhofkontraktion zu tödlichen Embolien führen können. Die beste Aussicht auf Erfolg besteht bei sonst gesunden Herzen oder leichteren Herzaffektionen, wo die schweren Symptome erst beim Auftreten des Vorhofflimmerns sich entwickelt haben. Da das Chinin auch den Blutdruck herabsetzt, sind große Dosen bei sehr niedrigem Blutdruck zu vermeiden, bei Hypertonie hingegen oft zweckmäßig. Auch bei gleichzeitiger Hyperthyreose (Basedow) ist eine milde, protrahierte Chinidinkur nützlich. Tritt nach einigen Tagen das Flimmern wieder auf, so ist es besser auf das Chinidin zu verzichten und Digitalis zu geben.

Man beginnt am besten unter Bettruhe mit einigen Dosen von höchstens 0.25 Chinidin, um zu sehen, ob nicht Idiosynkrasie besteht. Bei guter Verträglichkeit gibt man viermal täglich 0.25 bis 0.4. Manchmal ist schon nach 24 Stunden, meist aber erst nach wenigen bis zehn Tagen der Normalrhythmus hergestellt. Bei starkem Sinken des Blutdruckes und Hinfälligkeit ist die Kur zu unterbrechen. Bei Dyspnoe oder Stauungen läßt man eine Digitaliskur vorangehen. Eventuell schiebt man einige Digitalistage ein. Bei 70 bis 80 Pulsschlägen (am Herzen gezählt) ist Digitalis auszusetzen. Auch die Kombination beider Mittel hat sich praktisch bewährt. (Die Ther. d. Gegenw., H. 5, 1925.)

Die Arteriovakzine-Cilimbaris.

Der Athener Arzt Cilimbaris hat in der Darmflora einen Kokkus gefunden, der aus dem Nährboden Cholesterinkristalle und Kalk abspaltet.

Er stellt aus sterilisierten Aufschwemmungen dieses „Coccus scleroformans" die „Arteriovaccine Cilimbaris" her (zu haben in Simons Chem. Fabrik, Berlin C 2), mit welcher er in zehnjähriger Erfahrung bei Arteriosklerose, Angina pectoris usw. glänzende Erfolge erzielt haben will. Besonders die Besserung der subjektiven Beschwerden soll auffallend sein, ein Gefühl „allgemeiner Erleichterung" platzgreifen. Auch bei Gallensteinen wurde Abgang grünen Harnes und darauffolgende zweijährige Rezidivfreiheit beobachtet. Schließlich konnte er bei einem Falle von grauem Star, wo das Sehen schon völlig verhindert war, durch die Injektion seiner Arteriovakzine Besserung bis zum Fingerzählen erreichen. — Die Vakzine wird subkutan oder bei empfindlichen Patienten muskulär in den Oberarm oder die Oberbauchgegend injiziert. Bei schwächlichen Patienten beginnt man mit 0.2 cm³, bei kräftigen mit 0.4 und steigert die Dosis jedesmal um 0.1 bis 0.7 bis 1.0 cm³. Eine Reaktion wird nicht erstrebt. Sollte sie einmal eintreten, so wartet man ihr Abklingen ab und injiziert dann die letzte Dosis oder etwas weniger. Nach 15 Injektionen ist eine Pause von zwei bis vier Wochen einzuschalten. Über die Gesamtzahl der Injektionen läßt sich nichts sagen; sie ist individuell ganz verschieden. (Ztrlbl. f. Herz- u. Gefäßkr. Nr. 7, 1925.)

Skizzen zur Diabetestherapie.

Aus einem Vortrag von Prof. R. Jaksch-Wartenhorst (Prag).

Das Insulin ist in den allerwenigsten Fällen von Pankreasdiabetes entbehrlich. Es ist nur beim seltenen polyglandulären Diabetes unwirksam (Differentialdiagnose durch Insulin!). Es kann den Inselapparat dauernd wieder herstellen, solange derselbe nur funktionell gestört ist. Dies gilt auch für den kindlichen Diabetes, wenn er nicht, wie gewöhnlich, zu spät erkannt wird, meist erst, wenn bereits Ketonurie, Polyurie und Abmagerung da sind. Der Hausarzt sollte in Diabetikerfamilien wenigstens alle vier Wochen regelmäßig den Harn der Kinder kontrollieren. — Unbemittelte kann man auch anweisen, sich selbst zu injizieren und die hiezu erforderlichen Harnproben selbst durchzuführen. Die Erfahrung hat gezeigt, daß hiebei nennenswerte Schäden durch Hypoglykämie nicht vorkommen. — Die Injektionen sind immer vor den Mahlzeiten zu verabfolgen; sie führen sehr häufig zu schmerzlosen Infiltraten, wenn man nicht hochkonzentriertes Insulin verwendet. — Quantitative Analysen und Blutzuckerbestimmungen, Kalorienwertberechnung der Kost sind für die Praxis entbehrlich. Die Insulintherapie muß, weil lebensrettend, Gemeingut aller Ärzte werden. Man beginnt mit entsprechender, möglichst knapper Diät, 10 bis 30 Insulineinheiten pro Tag und steigt auf 30 bis 70 Einheiten, wenn es nicht gelingt, die Toleranz zu heben, bis Pat. azeton- und zuckerfrei ist. Gegen hartnäckige Ketonurie bewähren sich auch Ersatzkohlehydrate in Form von Karamel, Sartrose, Röstprodukten, insulinhaltigem Gemüse (Topinambur, Stachys, Helianthus), namentlich Speisen, die mit Insulinmehl (Merck) oder Sartrose (Merck) hergestellt und mit Karamel gesüßt werden. Die Kohlehydratzufuhr muß durch Insulin gedeckt werden, wobei für 2 bis 2.5 g eine Einheit zu rechnen ist. Die hiebei auftretende oft enorme Gewichtszunahme ist anfangs durch Wasserretention (eventuell Ödeme) bedingt, später auch durch Eiweißansatz. — Als erste Symptome eines herannahenden Koma sind Albuminurie und Zylindrurie zu beachten! (M. m. W. Nr. 24, 1925.)

Zur Diät beim chronischen Magenkatarrh

gibt Dozent Paul Saxl (Wien) folgende Richtlinien. Die Steigerung von Tonus und Motilität erfordert vor allem kleine Mahlzeiten, langsam essen

und gut kauen. Wegen des Salzsäure- und Fermentmangels dürfen nur feinverteilte Speisen, zerrieben, gehackt oder faschiert genossen werden. Schon an den groben Brocken, die bei der Ausheberung aus dem Magenschlauch kommen, erkennt man sofort den anaziden Magenkatarrh. Daher sind auch alle schwer aufschließbaren Nahrungsmittel (grobe Mehlsorten, Schwarzbrot, fettes Fleisch, fette Saucen, fette Mehlspeisen, Einbrenn, ausgebackene oder panierte Speisen) zu vermeiden. Gut vertragen werden Speisen mit möglichst unvermengten Nahrungsbestandteilen (Fette, Kohlehydrate, Eiweiß), z. B. Butter, Schlagsahne, mageres Fleisch, Zucker, Reis, Grieß, feines Weizenmehl. Durch Rösten werden Teige (Zwieback) und Fleisch (Braten) bekömmlicher. Braten ist auch wegen der Extraktivstoffe besser verdaulich als gekochtes Rindfleisch. Zarte, gut abgelegene oder geklopfte Fleischsorten erleichtern die Bindegewebsverdauung (Pepsinmangel!). Gewürze, Salz, Kaffee usw. regen die Magensaftsekretion an. (W. kl. W. Nr. 24, 1925.)

Emphysem und Emphysemherz.

Von Prof. N. Jagić und J. Spengler (Wien).

Der Tonus der Bronchialmuskulatur ist von wesentlichem Einfluß auf die Atemexkursionen und das Lungenvolumen. Bronchospastische Zustände aller Art spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung und im Krankheitsbilde des Emphysems und den hiebei auftretenden Störungen im kleinen Kreislauf. Dafür spricht unter anderem die günstige, wenn auch vorübergehende Wirkung der Adrenalininjektion (¼ bis 1 mg) bei Emphysematikern: Nach 12 bis 20 Minuten wird der Atem freier und lauter, das Exspirium erleichtert, die Zwerchfellexkursionen werden ausgiebiger, die Rasselgeräusche spärlicher, die Blutzirkulation sekundär gebessert. Irgendwelche Schädigungen sind auch bei älteren Leuten mit Arteriosklerose nicht zu befürchten. Bei der häufig gleichzeitigen kardialen Dyspnoe ist mit Herzmitteln zu kombinieren. Besonders markant ist die Adrenalinwirkung bei jüngeren Leuten mit fieberfreier, chronischer, nicht-tbc. „spastischer“ Bronchitis und zeitweise exspiratorischer Dyspnoe. Sie tritt jedoch nur bei mangelhafter Zwerchfellatmung ein (Röntgenschirm). Eine leichte Adrenalinwirkung ist auch durch Analsuppositorien (1 mg Adrenalin) erreichbar.

Das Emphysemherz zeigt schon frühzeitig eine Erweiterung des rechten Ventrikels, erkenntlich bei lauter Perkussion an einer Dämpfung über dem unteren Sternum und manchmal bei Auflegen der volaren Fläche des Handgelenkes (Nothnagels Kunstgriff) an pulsatorischen Erschütterungen am linken Rippenbogen. Bei Dekompensation (Dilatation) hört man nicht selten Geräusche infolge von funktioneller Klappeninsuffizienz und beherrschen Dyspnoe und Zyanose das Krankheitsbild. Letztere ist namentlich bei Pulmonarsklerose hochgradig. Die Stauungsbronchitis ist im Gegensatz zur spastischen Bronchitis nicht diffus, sondern sitzt hauptsächlich in den unteren Lungenpartien, woselbst auch lobärpneumonische Herde auftreten können. Eine schmerzhafte, vergrößerte Leber ist oft das erste Zeichen der Dekompensation (Klopfempfindlichkeit der Leber bei Perkussion mit dem Perkussionshammer, namentlich unter dem Schwertfortsatz), wobei gleichzeitig die Aldehydreaktion im frischen Harn auf Urobilinogen positiv wird (bei akuter Stauung schwinden oft beide Symptome nach Adrenalininjektion!). Der Stauungsschmerz in der Leber wird oft für Magenschmerz gehalten. Die kardiale Dyspnoe ist im Gegensatz zur spastischen nicht ausgesprochen exspiratorisch.

T h e r a p i e. Die p h y s i k a l i s c h e n M e t h o d e n (Atmungsapparate, pneumatische Kammern) suchen die Atemmechanik des chronischen Emphysems zu verbessern. Bei chronischen torpiden Katarrhen wirkt die Entfaltung der Bronchien durch Überdruck oft günstig. Herzinsuffizienz und Thoraxstarre sind Kontraindikationen. Der Unterdruckatmungsapparat nach B r u n s wirkt günstig auf das Emphysem durch Besserung des Lungenkreislaufes. Atemgymnastikapparate sind bei starrem Thorax nicht anwendbar. Der H o f b a u e r sche „Exspirator" fördert die Exspiration durch rhythmische Kompression des Abdomen, wodurch das Zwerchfell höher tritt. Am einfachsten wird die Zwerchfellatmung durch die H o f b a u e r sche Summtherapie gebessert, wobei die Exspiration durch möglich langes Summen erfolgt.

Beim chondrogen starr dilatierten Thorax versagen alle diese Methoden und ist die o p e r a t i v e M o b i l i s i e r u n g nach Freund („Ars Medici" 1925, S. 266) angezeigt. Kontraindikationen: starke Bronchitis, infiltrative und schrumpfende Lungenprozesse, erhebliche kardiale Insuffizienz.

Zur längerdauernden spasmolytischen Medikation kann man das Asthmolysin (= Adrenalin + Pituitrin, täglich eine Injektion) oder noch besser A t r o p i n k u r e n verwenden: Beginn mit 1 mg pro die, bei Intoxikationssymptomen (Kratzen im Halse, Akkommodationsstörungen usw.) zurückgehen auf ½ bis ¼ mg (leichte Trockenheit im Halse ist noch kein Grund zur Unterbrechung), sonst allmählich ansteigen, bis in der vierten Woche womöglich auf 4 mg pro die, dann langsam Abfallen. Nach einigen Wochen wiederholen. Bei empfindlichen Leuten eventuell Eumydrin oder Novatropin.

Zur Expektoration am besten zweimal täglich Inhalation einer 1% Jodnatriumlösung mit dem Siegleschen oder Bullingschen Apparat. Inhalation ätherischer Öle ist zu widerraten, da deren Reiz die Spasmen eher verstärken kann. Sehr zu empfehlen ist auch das Koffein, da es nicht nur kardiotonisch sondern auch spasmolytisch wirkt. Gegen intensiven Hustenreiz am besten eine Mischung von Kodein und Papaverin.

Bei den ersten Zeichen kardialer Insuffizienz (Leberschmerz, Urobilinogenurie usw.) Bettruhe und Kardiotonika: Pulv. folg. digit. titr. dreimal täglich 0.05, eventuell bis 0.2 pro die; nach je drei Tagen drei Tage Pause, um bei längerer Medikation Kumulierung zu vermeiden. Ferner Coffein. natr. benc. 0.5 pro die, am besten in Lösung mit Zusatz von Orangensyrup. Oder Koffein + Convalaria majalis (= Kardiotonin) oder zwei- bis dreimal täglich 20 Tropfen eines 24stündigen kalten Mazerates von je 20 g Convalaria majalis und Adonis vernalis in 70% Alkohol mit Zusatz von 1 g Coffein. natr. benc. — Manchmal wirkt Bulbus Scillae in Form des Szillikardin überraschend (diastolische Wirkung): dreimal täglich 12 bis 25 gtts durch 8 bis 14 Tage (bei längerem Gebrauch fünf bis zehn Tropfen dreimal täglich). — Bei hochgradiger Stauung am besten große Digitalisdosen auf einmal muskulär, z. B. 3 cm³ Digipurat, Intradigaton (Chemosan, fertige Ampullen), Digalen o. dgl., entsprechend 0.3 Pulv. fol. dig. titr., eventuell durch mehrere Tage unter genauer Herzkontrolle zur Vermeidung von Kumulierung wiederholt (manchmal vorübergehende Temperaturreaktionen). Besonders zu empfehlen in schweren Fällen ist folgende Mischung: 3 cm³ Intradigaton (Orig.-Phiole) + 1 g Coffein. natr. benc. in 5 cm³ Wasser + 1 mg Atropin, auf einmal glutäal, zwei bis drei Querfinger unter dem Darmbeinkamm in der hinteren Axillarlinie, in fünf bis zehn Tagen drei- bis fünfmal wiederholt. — Ansonsten richtige Dosierung von Ruhe und Bewegung, bei Fettleibigen Obst- und Gemüsekuren, in leichteren Fällen O_2-Bäder (keine CO_2-Bäder). (A. d. Abh. a. d. ges. Geb. d. Medizin, Verl. Jul. Springer, Wien. Preis geb. 2.50 S.)

Leukotropin bei Bronchitis — Vorsicht.

In dem Referat über Leukotropin („Ars Medici" 1925, S. 265) heißt es: „Akute und subakute Bronchitiden reagieren gut auf Leukotropin, doch ist das Mittel bei Asthma und Asthmadisposition streng zu meiden". — Ich teile dazu folgende Erfahrung bei mir selbst mit. Längere Zeit von Schmerzen in einer Schulter geplagt (Einreibungen und Aspirin halfen nur vorübergehend), hoffte ich die Sache durch L. los zu werden. Zwar hatte ich bei rauher Witterung häufiger Bronchitis, jedoch nie Curschmannsche Spiralen, keine Kristalle, keine Tbc-bazillen, kein Heufieber. Nach zwei venösen Leukotropininjektionen trat sofort meine alte Bronchitis mit Pfeifen und Giemen auf, zuerst glasiges, dann eitriges Sputum; nach drei bis vier Wochen Abklingen wie früher unter Expektorantien und Antispasmodizis. Ich rate daher, wenn man L. gegen irgendwelche Affektionen verwenden will, sich nicht darauf zu verlassen, daß die Anamnese kein Asthma ergibt, sondern vorher den Blutbefund, die Lymphozytose und Eosinophilie vor und nach dem Anfall zu prüfen, ferner den Kalziumspiegel (Zondek, Kempinski und Ebstein). So verfahrend, wird man kaum die längerdauernden Zustände vagotonischer Bronchiolenreizung, das anaphylaktische Symptom Melters und den eosinophilen Asthmakatarrh übersehen und Mißgriffe vermeiden. San.-Rat Dr. Schliep, Stettin.

Pneumonie — hohe Salizylgaben.

Dr. Mont (Eisenach) hat im Kriege in Ungarn und Galizien das sogenannte „Wolhynische Fünf-Tage-Fieber" so behandelt, daß er kurz vor dem zu erwartenden Fieberanfalle eine einmalige hohe Gabe von Natrium salicyl. (7 g bei durchschnittlich etwa 70 kg Körpergewicht) verabfolgte. Der Erfolg war, daß der erwartete und auch die weiteren Fieberanfälle ausblieben. Er hat nun das Verfahren auch bei lobärer Pneumonie mit gutem Erfolge erprobt und empfiehlt Nachprüfung. Er gibt also nach dem taxierten Gewicht je 0.1 g Na salicyl. pro Kilogramm Körpergewicht, also bei Kindern von 40 kg 4 g, bei Erwachsenen von etwa 80 kg 8 g. Meist wird das Medikament per os gegeben, und zwar in Kaffee oder Tee, nur wo das Salizyl erbrochen wurde, wurde es per rectum verabfolgt. Nach der Salizyleinnahme wird der Kranke in wollene Decken eingewickelt, in denen er ein bis eineinhalb Stunden verbleibt. Je nach Bedarf erhält er während dieser Zeit Kaffee teelöffelweise oder auch ein Digitalispräparat. Es empfiehlt sich, während dieser Zeit bei dem Patienten zu bleiben. Meist fällt die Temperatur prompt nach dieser Medikation um 2° und mehr, der Puls geht auf 66 bis 88 herunter, der Auswurf verliert seine blutige Beimengung und die Rekonvaleszenz beginnt. Nur in wenigen Fällen war am folgenden Tage noch eine zweite hohe Salizylgabe notwendig, um Erfolg zu erzielen. Üble Nebenwirkungen dieser hohen Salizylgaben hat Verfasser nie gesehen. (Fortschr. d. Ther. H. 8, 1925.)

Rumination — Pathologie und Therapie.

Kohlmann (Med. Klinik, Erlangen) untersuchte eine größere Anzahl wiederkauender Patienten auch röntgenologisch und gelangt zu folgenden Ergebnissen. Es gibt eine echte und eine Pseudo-Rumination. Erstere kommt meist als vererbte Anlage, bei Säuglingen, vorwiegend mit exsudativer Diathese, oder Neuropathen vor; die Rumination geschieht hier aus Langeweile und ist durch Hospitalismus begünstigt. Bei anderen Patienten beginnt die echte Rumination in der Jugend und hält im Gegensatz zur Säuglingsrumination, die sich (zumal bei Milieuwechsel) bald wieder verliert, das ganze Leben hindurch an. Die falsche Rumination

beruht auf Erkrankungen des Magens oder Ekel vor genossenen Speisen und zeigt sich gewöhnlich erst im mittleren oder höheren Alter. Die echten Wiederkäuer haben einen besonderen Genuß von dieser Verdauungsabnormität und können den Drang hiezu fast gar nicht unterdrücken. Sie sind Viel- und Hastigesser und kauen nicht ordentlich; nur gewisse, angenehm schmeckende Speisen (Braten, Kohl, Salate u. dgl.) werden ruminiert. Dies gelingt am besten im Liegen (was mit ein Hinweis ist auf die Auffassung des Leidens als eine Art Atavismus). Der Magen hat anfangs normale Form, kräftigen Tonus und gute Peristaltik; kurz vor dem Wiederkauen nimmt er jedoch Stierhornform an, tritt höher und kann eine Zweiteilung in eine obere Partie (Antrum cardiacum) und eine untere Hälfte zeigen. Das Wiederkauen beginnt meist eine viertel bis eine halbe Stunde nach der Mahlzeit und dauert bis zu einer Stunde. Der Vorgang ist derart, daß blitzartig schnell ein größerer Bissen hochkommt, eingespeichelt, gekaut und wieder verschluckt wird. Der Magen beteiligt sich hiebei gleich dem Zwerchfell und den Bauchdecken, ähnlich wie beim Erbrechen, aktiv. Sobald die Speisen sauer schmecken, hört die Rumination von selbst auf. Die Speiseröhre ist stets erweitert, die Kardia meist offen. Die meisten echten Wiederkäuer sind körperlich und geistig gesund. Bisweilen handelt es sich auch um Alkoholiker. Die Therapie besteht bei Kindern (vgl. auch „Ars Medici" 1924, S. 542) in psychischer und diätetischer Behandlung. Wo Rumination bei Psychosen vorkommt, fällt ihre Therapie mit der ätiologischen zusammen. Eine Behandlung sonst gesunder Erwachsener erübrigt sich vielfach. Atropin und Kalzium wirken deutlich verhindernd durch Beeinflussung des Nervus vagus. (Arch. f. Verdauungskr. Bd. 35, H. 1/2, 1925.)

Neurologie und Psychiatrie.

Basedow — Behandlung.

Aus einem Referat von Prof. Rosenow.

Da der Basedowkranke sich in einem Zustande körperlicher und psychischer Übererregbarkeit befindet, muß die Behandlung durch eine körperliche und seelische Ruhekur eingeleitet werden. Gegen diese Grundregel wird oft verstoßen. Bei allen schweren Fällen und akuten Schüben ist Bettruhe geboten; im übrigen bewährt sich am besten eine Freiluftliegekur. Der Nutzen einer klimatischen Therapie im Mittel- und namentlich im Hochgebirge ist bekannt und auch durch Gaswechseluntersuchungen erwiesen. — Wegen des gesteigerten Kalorienbedarfes muß die Ernährung genügend sein, doch scheint Fleisch den Grundumsatz zu erhöhen. Ebenso soll Fett (außer in Form von Lebertran) die Schilddrüsenfunktion steigern. Man wird also eine gemischtn Kost (siehe weiter unten) mit nicht zuviel Fleisch verordnen. — Von Medikamenten haben sich die sogenannten spezifischen Mittel (Antithyreoidin, Rodagen) nicht bewährt, ebensowenig Thymus-, Ovarial- und Pankreaspräparate. Bessere Erfolge wurden mit Hypophysenhinterlappenextrakten (1 cm³ alle drei Tage, höchstens vier Wochen lang) erzielt. — Einen wirklichen Fortschritt scheint die Therapie mit kleinsten Joddosen zu bedeuten. Jod wurde schon vor langer Zeit versucht, hat aber wegen der hohen Dosierung mehr geschadet als genützt. Man verordnet am besten eine Jodkalilösung 1:20, gibt von dieser während der ersten drei Tage dreimal drei Tropfen und steigt dann in vier bis fünf Tagen fortlaufend

um täglich drei Tropfen bis auf dreimal täglich 10, 20 und 30 Tropfen. Unbedingt erforderlich ist eine genaue Kontrolle des Körpergewichtes, das unter der Jodtherapie zunehmen soll. Hört die Gewichtszunahme auf oder nimmt der Kranke ab, so muß die Jodbehandlung unterbrochen werden. Menschen, die auf kleinste Jodmengen mit Verstärkung der Tachykardie reagieren, sind für die Jodbehandlung ungeeignet. — Die Arsentherapie kann bei Basedow nützlich sein und ist auch durch Respirationsversuche (von Kowitz) experimentell begründet. — Zur Dämpfung der Erregbarkeit bewähren sich die schon von Möbius gerühmten Bromsalze. — Zu Unrecht in Vergessenheit geraten ist das Chinin, das ältere deutsche Kliniker viel anwandten. Amerikanische Autoren empfehlen besonders Chinin. hydrobromicum, das kürzlich auch von chirurgischer Seite zur Vor- und Nachbehandlung bei Strumaoperationen gerühmt wurde. Man gibt zwei- bis dreimal täglich 0.25 g zunächst acht Tage lang und wiederholt dies nach einiger Zeit. — Digitalis wird gegen die Tachykardie leider viel verordnet, ist aber nur angezeigt, wenn tatsächlich der Kreislauf insuffizient ist. — Eppinger und Zondek loben das Atropin (1 bis 1½ mg täglich); in England sind übrigens seit langem Belladonnapräparate im Gebrauch. — Gutes sah Verfasser (ebenso wie Sahli, Chvostek und Golscheider) von der längeren Verabreichung großer Dosen neutralen phosphorsauren Natriums (4 bis 6 g pro Tag). Es soll dadurch die Ausschwemmung jodhaltigen Sekrets aus der Schilddrüse gehemmt werden.

Die Röntgenbestrahlung wirkt namentlich bei frischen und akuten Fällen meist sehr günstig auf die subjektiven Beschwerden, den Stoffwechsel und die Gewichtszunahme. Freilich schützt die Bestrahlung nicht vor Rezidiven. Die Bedenken mancher Chirurgen, daß durch die Bestrahlung infolge Kapselverwachsungen eine etwa später erforderlich werdende Operation erschwert werde, scheinen nicht stichhältig; manche Chirurgen empfehlen selbst Bestrahlung vor der Operation. — Die operative Verkleinerung des Schilddrüsenparenchyms erreicht die raschesten und sichersten Erfolge. Zu bedenken ist aber immerhin, daß die Gesamtmortalität der Operation noch 9% beträgt, und daß auch die Operation nicht vor Rezidiven schützt. Letzten Endes hängt die Operationsfrage von der Vermögenslage des Kranken ab. Wer sich eine lange Ruhekur, Hochgebirgsaufenthalt und wiederholte Röntgenbestrahlungen gönnen kann, dem wird man im allgemeinen (abgesehen von rasch fortschreitenden Fällen) zunächst die interne Behandlung anraten. Nicht zur Operation geeignet sind schwer kachektische Kranke, solche mit ausgesprochenen Herzmuskelveränderungen und solche mit einer besonders hochgradigen Steigerung des Grundumsatzes. (D. m. W. Nr. 22, 1925.)

Prof. Balint (Budapest) berichtet über sehr gute Erfolge einer von ihm zusammengestellten Diät für Basedowkranke. Die Nahrung bei Basedow soll kalorienreich sein, damit die Gewichtsabgabe des Kranken kompensiert werde; ferner soll die Kost aus Nahrungsstoffen bestehen, die auf die Funktion der Schilddrüse nicht steigernd wirken. Die unten folgende Diät enthält daher viel Kohlehydrate und Fett und zur Deckung des nötigen Eiweißquantums Nahrungsmittel, die tryptophanarme Eiweißbestandteile enthalten. Aus dem Tryptophan bildet nämlich der Organismus das Thyroxin, das wirksame Schilddrüsenprinzip. Von eiweißhaltigen Nahrungsmitteln ist am tryptophanärmsten der Mais, dann folgen Roggen, Kartoffel, grüne Gemüse und Früchte; viel Tryptophan enthalten dagegen Fleisch, Milch, Käse, Eier und Weizen. Die Diätvorschrift lautet: Früh: Tee mit Zucker, Roggenbrot mit Butter und Honig. — 10 Uhr: gebratene Kartoffel mit Butter. — Mittag: falsche Suppe (mit Roggenmehl verfertigt), grünes Ge-

müse, Kartoffel mit Speck, Mais oder aus Maismehl oder Maisgrütze verfertigte Speise; Obst. — Nachmittag wie früh. — Abends: wie mittags mit gehörigen Variationen. — Der Mais wird entweder frisch oder als Konserve gegeben und von den Kranken gerne genommen. Aus Maismehl und Maisgrütze können die verschiedensten abwechslungsreichen Gerichte hergestellt werden; die ditätetische Küche der Klinik des Verfassers verfertigt aus Mais vierzehnerlei Speisen. (Klin. Wschr. Nr. 26, 1925.)

Blasenstörungen bei spinalen Erkrankungen

werden nach O. A. Schwarz und S. Perlmann (Urologische Abteilung Prof. Joseph der Chirurgischen Universitäts-Klinik, Berlin) häufig irrtümlich als „Prostatahypertrophie" aufgefaßt. In über 60% der spinalen Blasenstörungen, die noch ganz leicht sein können (Harndrang, Harnträufeln oder vorübergehende Verhaltung), liegt Tabes oder Lues cerebrospinalis vor, seltener Spina bifida, multiple Sklerose, chronischer essentieller Sphinkterkrampf, Traumen oder Tbc. der Wirbelsäule, Myelitis. Sonstige Tabessymptome können noch fehlen. Die spinalen Störungen entstehen plötzlich, manchmal bleibt nach passagerer Inkontinenz erschwertes Urinieren zurück; bei Prostatikern hingegen wird die Miktion allmählich schwieriger, die Patienten müssen pressen und erst bei Detrusorlähmung tritt Inkontinenz auf (Ischuria paradoxa = Harnträufeln bei gefüllter Blase). Akute komplette Retentionen haben stets eine zentrale Ursache, namentlich wenn sie beschwerdelos auftreten (Tabes).

Infolge Diskoordination zwischen Sphinkter und Detrusor kann die Blase nicht völlig entleert werden; es sammelt sich Restharn an, der durch Katheterismus einwandfrei festgestellt werden kann. Große Restharnmengen, die die Blase über der Symphyse kugelförmig vorwölben, dürfen nur in Pausen entleert werden.

Oft ist der spinale Ursprung nur zystoskopisch zu erkennen. Ein wichtiges und oft das einzige Symptom hiefür ist das Schrammsche Phänomen: die zystoskopische Sichtbarkeit der hinteren Harnröhre und des Samenhügels infolge Lähmung des Sphinkter internus.

Therapie. Bei Zystitis Blasenspülungen am besten mit Rivanol 1:5000, da es völlig reizlos und leicht anästhesierend wirkt. Bei Restharn außerdem täglich Katheter; bei großen Mengen eventuell suprapubische Dauerfistel. Gelegentlich kann der Restharn vorübergehend auch durch Pilokarpin subkutan (1%) prompt beseitigt werden. (M. m. W. Nr. 22, 1925.)

Zur Bromtherapie.

Herr Geh. Sanitätsrat Dr. A. Erlenmeyer schreibt uns: „In „Ars Medici" 1925, S. 322 findet sich in einem Referat eines Artikels über die Bromtherapie von Dr. Oppenheimer folgender Satz: „Auch das Ammoniumbromid entwickelt nach neueren Versuchen Januschkes unerwünschte Nebenwirkungen und sollte ebenso wie die Erlenmeyersche Mischung (KaBr, NaBr und Ammonium brom. ana) aus der Therapie verschwinden." — Diese Worte enthalten zwei tatsächliche Irrtümer. 1. Es gibt keine „Erlenmeyersche Mischung" und hat nie eine solche gegeben. Dagegen habe ich im Jahre 1884 eine Bromsalzlösung angegeben, die ich Bromwasser nannte und die eine ganz bestimmte Konzentration hat. — 2. In diesem Bromwasser sind die drei Bromsalze Kalium, Natrium und Ammonium enthalten, aber nicht zu gleichen Teilen, sondern im Verhältnis 1:1:½. Mein Bromwasser enthält in 750 cm³ eines natürlichen alkalisch-muriatischen Mineralwassers 4 g KaBr, 4 g NaBr und 2 g Ammon. bromatum, hat also eine feststehende Konzentration von 1.3% und ist nicht wie eine Mischung von Bromsalzen beliebig zu verändern. — Mein Brom-

wasser ist eines der ersten, wahrscheinlich sogar das erste pharmakologische Präparat gewesen, das nach dem jetzt viel zitierten und geübten „Potenzierungsprinzip" schon 1884 hergestellt wurde. Die Verstärkung der Wirkung der Einzelsalze ist allgemein anerkannt worden. Nach meinen ausgedehnten früheren klinischen Erfahrungen hat das Bromammonium keine unerwünschteren Nebenwirkungen als die Salze des Kaliums und Natriums. — Es ist noch zu bemerken, daß die Flaschenindustrie während des Weltkrieges die Herstellung der sogenannten Vichyflaschen (750 cm³) eingestellt und auch heute noch nicht wieder aufgenommen hat. Infolgedessen wird mein Bromwasser in kleineren Gefäßen verausgabt, hat aber dieselbe Konzentration wie in den früheren Vichyflaschen."

Neuere Schlafmittel.

Nach Dozent Handovsky und Prof. Seyderhelm (Göttingen) bewährt sich bei einfachen Fällen mehr als bekannt ein Eßlöffel einer Solutio Natrii bromati 20:150 abends vor dem Schlafengehen als hervorragendes Einschlafmittel. Die Wirkung wird durch Kodein noch gesteigert: Rp: Natrii brom. 15.0. Codeini phosphor. 0.15, Aquae 150.0. M. D. S. Einen Eßlöffel vor dem Schlafengehen. Auch Valeriana kann mit Nutzen herangezogen werden: Rp: Infus .rad. Valerian. 15:200, Natrii brom. 20. M. D. S. Einen Eßlöffel vor dem Schlafengehen. — Wo stärkere Mittel nötig sind, handelt es sich um Übererregungserscheinungen zentraler Natur. Über die hier zur Verfügung stehenden Mittel und ihre Wirkung orientiert die folgende Tabelle:

Lähmung d. sensorische Zentren	Schmerzwidrige Wirkung	Fieberwidrige Wirkung	Antiphlogistische Wirkung
Hypnotika der Alkoholreihe	Morphin		
Sulfonale	Kodein		
Urethanderivate	Dionin		
	Heroin		
Barbitursäure		Pyrazolone	
Bromide		Anilinderivate	
Tct. Valerianae		(Phenazetin)	
			Salizylate
			Chinin
			Atophan

Mit den Mitteln der ersten Gruppe wird die Aufnahme von Sinneseindrücken beruhigt, eine Art „Narkose" erzeugt. Sie sind besonders indiziert bei Schlaflosigkeit durch akzidentelle Ursachen, wie Kummer und Überarbeitung, wenn hier nicht psychische Beeinflussung allein zum Ziele führt. Ist die Schlaflosigkeit durch Husten oder Schmerzen verursacht, so wird man sich bemühen, diese Reize zu entfernen. Manchmal ist die Einschlafstörung das Anfangssymptom einer Kreislaufinsuffizienz und muß dann (ebenso wie der oft gerade im Bett auftretende Stauungshusten) durch Digitalis, eventuell Strophantin bekämpft werden. Bei der Schlafstörung der Neurastheniker ist besondere Vorsicht geboten, da hier der Reizhunger leicht zu einer Sucht nach Medikamenten führt. Die unerwünschte Nebenwirkung der Schlafmittel, der „Schlafmittelkater" (Benommenheit und Kopfschmerz nach dem Erwachen) ist individuell bei jedem Mittel verschieden; daher ist ein Wechsel und die heute zur Verfügung stehende reiche Auswahl erwünscht. An dominierender Stelle der echten Schlafmittel (Gruppe I) stehen die Urethanderivate; hier sind an Neuerungen das Voluntal und das Abasin zu erwähnen; letzteres ist ein Azetylderivat des bewährten

Adalins und daher wasserlöslich. Besonders reichlich sind die neueren Mittel der Abkömmlinge der Barbitursäure, von denen Veronal, Medinal und Luminal die bekanntesten sind, Schlafmittel von sicherer Wirkung, aber nicht zu unterschätzender Giftigkeit. Das Paranoval ist ein Veronal, das durch Zusatz von Dinatriumphosphat entbittert ist; das Phosphat soll übrigens auch eine katerwidrige Wirkung entfalten. Weitere Barbitursäurederivate sind Noctal, Curral, Dial, Somnifen und Diogenal. — Wie aus obiger Tabelle ersichtlich, ergibt sich die Möglichkeit der Kombination zentral beruhigender Mittel mit solchen gegen Fieber, gegen Schmerzen und Entzündung. Die chemische Industrie stellt auch solche Mittel fertig her, z. B. Veramon (= Veronal + Pyramidon), Quiesal (ebenfalls Veronal + Pyramidon), Somnazetin (Veronal + Phenazetin + Kodein), Kodeonal (Kodein + Veronal), Phenoval (Valeriansäure + Phenetedin), Allional (Isopropylpropenylbarbitursäure + Pyramidon), Didial (Dialylbarbitursäure + Dionin) und Hemypnon (Azeton + Chloroform + Dialylbarbitursäure + Heroin). Bei diesen Kombinationen kann man die Dosen der Schlafmittel und Schmerzmittel kleiner halten, da sich die Wirkung potenziert. (D. m. W. Nr. 26, 1925.)

Chirurgie.

Abriß des Tuberculum majus humeri.

Molineus bespricht die Symptome des Abrisses des Tuberculum majus humeri (lokaler Druckschmerz, fehlender Achsendruckschmerz, aufgehobene Auswärtsrollung, scheinbare Verbreiterung des Knochens) und spricht sich gegen die häufig zu lange in der Annahme einer Distorsion des Schultergelenkes angewandte Ruhigstellung aus. Diese führt bald zu Versteifungen des Gelenkes. Da der Abriß zumeist subperiostal erfolgt, ist eine besondere Schonung des Armes unnötig. Eine Behinderung der Auswärtsdrehung und Abziehung des Armes bleibt allerdings ziemlich lange bestehen. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 20, 1925.)

Die Behandlung der Knochenbrüche durch den praktischen Arzt.

Von Prof. Lange (Fortsetzung).

Typischer Knöchelbruch. Solange starke Schwellung besteht, Schiene, Prießnitz, Hochlagerung, Massage der Umgebung, vom vierten Tag auch bei Schwellung. Erst nach Schwinden derselben (fünfter bis achter Tag) Einrichten und Gipsverband. Nur bei geringer Schwellung kann letzterer sofort angelegt werden. Meist steht der abgebrochene äußere Knöchel und mit ihm der ganze Fuß in Valgusstellung. Gleichwohl ist es unrichtig, z. B. mittels Dupuytrenscher Schiene in starker Supination zu fixieren, da dadurch eine Klumpfußstellung entstehen kann. Das Gleiche gilt für Distorsionen und Supramalleolarbrüche. Die Valgusstellung ist auch ohne Narkose leicht korrigierbar, doch stellt sie sich sekundär leicht wieder ein, wenn Patient zu gehen beginnt. Denn die Malleolengabel ist meist verbreitert (um 1 cm und mehr) und umschließt nicht mehr fest den Talus, weil die Bänder zwischen dem unteren Ende von Tibia und Fibula gerissen sind oder der äußere Knöchel lateralwärts verschoben ist. Die Inkongruenz der Gelenkflächen führt später auch zu Arthritis deformans (Schmerzen bei den ersten Schritten nach längerer Ruhe, vorübergehend beim Gehen nachlassend, dann wieder unerträglich zunehmend). Die Mal-

leolendistanz kann man am einfachsten mit Hilfe von drei Zigarrenkisten messen (Abb. A).



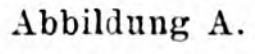


Abbildung A.



Abbildung C.

Es ist also nicht nur eine eventuelle Valgusstellung zu beseitigen, sondern vor allem die normale Form und Breite der Malleolengabel wieder herzustellen, wobei die große Dekubitusgefahr bei Druck auf die Knöchel zu berücksichtigen ist. Man legt den Patienten so auf den Tisch, daß der Unterschenkel von der Wadenmitte an frei herausreicht und läßt den Fuß in möglichst rechtwinkliger Dorsalflexion (andernfalls später Spitzfußkorrektur) halten. Die hintere Fußhälfte wird leicht supiniert, die vordere jedoch soweit proniert, daß die vordere Sohle beim Auftreten den Boden ganz berühren würde. Nun doppelte Zellstofflage von den Zehen bis zur Wadenmitte, Tupfer über Knöcheln und Ferse und Gipsschienenverband (wie oben) unter sorgfältigem Herausmodellieren der Knöchel, damit der Druck auf sie gleichmäßig verteilt sei. Auch an der Außenseite des Kalkaneus muß der Verband eng anliegen, um die leichte Varusstellung zu erhalten. Zum Zusammenpressen der Malleolengabel wird mit beiden Hohlhänden auf die Knöchel ein gleichmäßiger Druck ausgeübt. Um Zirkulationsstörungen zu verhüten, wird der Verband vorne über Fußrücken und Unterschenkel durchschnitten oder besser ein 1 cm breiter Streifen herausgeschnitten und dann eine Mullbinde umwickelt. Ergibt nach acht Tagen das Röntgenbild, daß die Gabel immer noch etwas klafft, so appliziere man eine „Malleolenpresse“: Die herausgeschnittene Rinne auf der Vorderseite des Gipsverbandes wird um etwa 2 cm erweitert und über dem Verband am äußern und innern Knöchel parallel je ein kleines Brettchen angelegt, die durch durchgeführte Bänder vorne und rückwärts allmählich zusammengezogen werden. Die Knöchel werden durch übergelegte Ringe aus Gipsbreiholzwolle (oder Gummischwamm — Ref.) geschützt. Hat man keinen Röntgenapparat zur Verfügung, so muß man nach acht Tagen das Bein aus dem Gipsverband herausnehmen und mit den drei Zigarrenkisten die Gabelbreite messen. Der Gipsverband bleibt solange liegen, bis jede Neigung zum Auseinanderweichen der Knochen geschwunden ist. Dann erst wird das Bein zur Massage täglich herausgenommen. Vor zu frühem Aufstehen im Verband kann nicht genug gewarnt werden, auch wenn das Auftreten völlig schmerzfrei ist, es sei denn, daß durch Krücken oder einen Gehbügel jede Belastung des Fußes vor der siebenten Woche vermieden wird. Erst von der vierten Woche ab vorsichtige Fußbewegungen und eventuelle Beseitigung eines Spitzfußes durch Dehnung des Gastroknemius mittels passiver

Dorsalflexion des Fußes durch einen zum Kopfende verlaufenden Gewichtszug von 5 bis 10 Pfund, ein- bis zweimal täglich durch 15 bis 30 Minuten (während der Übung Malleolengabel durch Gurt fest zusammenpressen!). Erst nach sechs Wochen darf Pat. mit Plattfußeinlage, die sechs Monate getragen werden muß, gehen. Volle Erwerbsfähigkeit tritt meist erst nach drei bis vier Monaten ein. Bei Heilung in falscher Stellung (pes valgus, breite Gabel) muß mittels Schraubenredresseurs unblutig der Knochen wieder eingebrochen und die Gabel komprimiert werden.

Die supramalleolare Fraktur ist wie ein Unterschenkelbruch zu behandeln. Das Eingipsen in stärkster Varusstellung ist falsch, da es zu einem schweren Klumpfuß führt.

Unterschenkelbruch. Das Resultat der Gipsbehandlung hängt in erster Linie von der Geschicklichkeit des Assistenten ab, der das Bein in der richtigen Stellung zu halten hat. Folgendermaßen macht man sich im Privathaus unabhängig: Pat. wird so auf den Tisch gelegt, daß von der Oberschenkelmitte ab das gebrochene Bein, das zunächst der Arzt selbst hält, über den Tischrand hinausragt. Ein über dem Tuber ischii der kranken Seite geführter und am entgegengesetzten Tischbein befestigter Gegenzug sichert die Lage des Pat. auf dem Tisch, wenn später die Gegenextension einsetzt. Dann wird eine vom Achillessehnenansatz bis unterhalb des Tuber

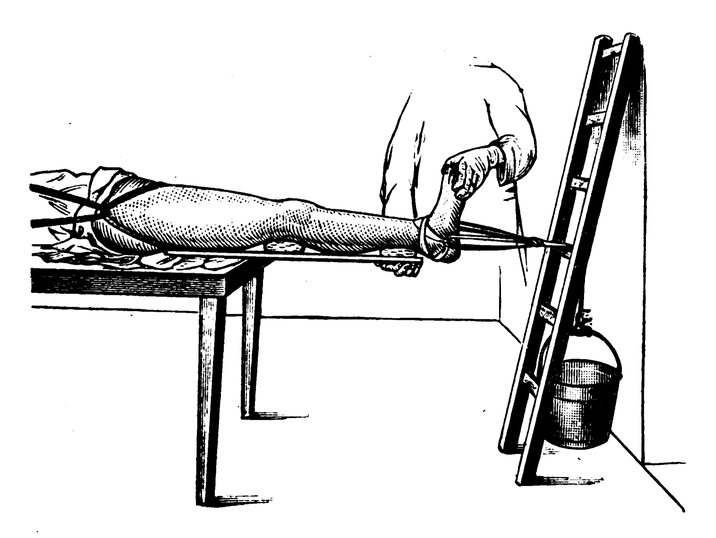


Abbildung B.

reichende 3 bis 5 cm breite und 1 bis 2 cm dicke Holzlatte unter das Bein geschoben, um die Rekurvatumstellung der Fragmente zu verhüten und dem Pat. beim Anziehen der Binden Schmerzen zu ersparen. Das Knie wird durch ein untergeschobenes Kissen leicht gebeugt. Ebenso wird unter die Achillessehne ein kleines Kissen geschoben (s. Abb. B). Bandextension am Fuß am einfachsten nach Riedel (s. Abb. C), die über eine Stuhllehne oder eine Leitersprosse geführt wird und nach Erstarren des Gipses entfernt werden muß (Dekubitusgefahr!). Als Gegengewicht ein Wasser-

eimer mit 5 bis 10 l Wasser. Der Fuß muß rechtwinkelig gebeugt und in Mittelstellung zwischen Pro- und Supination gehalten werden. Vor Anlegen des Verbandes wird noch die Stellung der Knochen nachgeprüft, ob nicht das obere Fragment mit der Spitze sich in die Haut bohrt usw.; dann folgt die dünne Polsterung von den Zehen bis zur Oberschenkelmitte mit besonderer Unterpolsterung durch Tupfer, Sattelfilz o. dgl. der dekubitusgefährdeten Stellen (Kondylen, unterer Patellarrand, Fibulaköpfchen, Tibia); darüber kommt die Gipsbindenschicht, die außen und innen durch längsverlaufende Gipsbindenschienen verstärkt ist, während die vordere und rückwärtige Fläche des Gipsverbandes dünn ist. Während des Erstarrens des Verbandes werden alle wichtigen Knochenpunkte sorgfältig herausmodelliert, namentlich die Gegend unterhalb des Knies. Wenn der Verband hart ist, werden hinter dem Fibulaköpfchen (Peroneus), an der Ferse und am Fußrücken (Talokruralgelenk) talergroße Fenster ausgeschnitten; der ganze Verband wird auf der Latte der Länge nach geschlitzt, die Latte und Extensionsbänder werden entfernt und der Verband mit einer Mullbinde umwickelt. Die Zehen müssen stets eine gute Farbe zeigen und aus der Mittelstellung heraus deutlich aktiv dorsalflektiert werden. Cave Peroneuslähmung durch Druck oder Spannung (eventuell an der Kniekehle Keil ausschneiden und Knie etwas beugen). Zeigen die Röntgenbilder (von vorn und seitlich) gute Korrektur, so bleibt der Verband zwei bis drei Wochen liegen. Neigt das obere Fragment zur Dislokation nach vorne zur Haut zu (Flötenschnabelbruch), so wird daselbst ein Fenster herausgeschnitten, eine entsprechende Filzlage eingelegt und diese durch zirkuläre Stärkebindetouren gegen das vorstehende Knochenstück gepreßt. Man kann den korrigierenden Druck noch wirksamer ausüben, wenn man am Filzstück zwei Bänder annäht, diese durch seitliche Schlitze im Gipsverband durchführt und über der Unterfläche fest anzieht und knotet. Ebenso wird durch seitlichen Druck eine Varus- oder Valgusstellung der Fragmente beseitigt. Selbstverständlich dürfen durch solchen Druck Gefäße oder Nerven nicht geschädigt werden. Nach Abnahme des Verbandes vergleicht man Lage und Form des Beines mit der gesunden Seite, wobei beide Kniescheiben genau nach vorne schauen müssen. Leichte X- oder O-Beinbildung erkennt man durch Anlegen von zwei Holzstangen an der Innenseite beider Beine. Malleolus internus, Epicondylus medialis und der am meisten vorspringende Teil der Adduktoren müssen in einer Linie liegen. Widrigenfalls korrigierender Verband. — Man kann auch bei rechtwinkelig gebeugtem Knie mittels der in Abb. B wiedergegebenen Improvisation zur Extension während des Verbandanlegens eingipsen.

Kompressionsverband beim Kniegelenkserguß: Durch eine gut gepolsterte Hohlschiene (Pappendeckel von 3 mm Dicke, 50 cm Länge, 15 cm Breite, der Länge nach hohlgebogen) werden Gefäße und Nerven der Kniekehle vor dem Druck geschützt. Der zirkuläre Verband (Gummibinde, Ideal- oder Flanellbinde) wird möglichst fest um die Schiene herum geführt, bleibt 15 bis 30 Minuten liegen und wird dreimal täglich wiederholt. In der Zwischenzeit Prießnitz, Hochlagerung auf Schiene, Heißluft, später Massage. Ein Resterguß wird durch Einbinden eines Gummischwammes über der Patella oder noch besser einer vorderen Filzkappe beseitigt, die in der Mitte so ausgeschnitten ist, daß die Patella genau in das Loch hineinpaßt. Zur Vermeidung von Rezidiven ist dieses Filzstück mit einer Idealbinde längere Zeit zu tragen. Außerdem Massage und Übungen des Quadrizeps, um dessen Atrophie zu verhüten (Pat. zieht mit dem kranken Fuße in Seitenlage einen über eine Rolle laufenden Gewichtszug).

Einriß eines seitlichen Kniegelenksbandes. Kommt das Knie bei einem Unfall in Genu valgum-Stellung, so kann das innere

Band einreißen und eventuell können kleine Knochenpartien abreißen. Es kann ein X-Bein und schlottriges Gelenk resultieren. Der Bluterguß und die Schmerzen schwinden unter obiger Behandlung bald. Man darf aber dann noch nicht den Pat. mit einer festgewickelten Kniebinde ohne weiteres aufstehen lassen, sondern muß die X-Beinbildung verhüten, indem man Sohle und Absatz am Innenrand so verdickt, daß sie eine nach außen abfallende schiefe Ebene bilden. Dadurch entsteht ein leichtes O-Bein und das überdehnte oder eingerissene Lig. internum kann unter Schrumpfung heilen. Ebenso wirkt eine Plattfußrandeinlage. Bei ausgesprochenem Schlottern im Sinne des Genu valgum ist jedoch eine Schiene erforderlich, die eine leichte O-Beinstellung bewirkt. Man legt außen am Bein von der Oberschenkelbis zur Wadenmitte ein etwa drei Querfinger starkes Kissen auf, wickelt darüber zwei bis drei Lagen naßgemachter Pappe, die man dann in der Nähe des Ofens trocknen läßt. Dadurch bekommt diese Pappschiene, die vom Trochanter bis zum äußeren Knöchel reicht und das Bein außen in der halben Zirkumferenz umgibt, die Form des O-Beines. Das Kissen wird nun entfernt und die Schiene dem Bein fest angewickelt. Das Knie erhält die beschriebene Filzkappe mit Idealbinde. Das Ganze wird vier Wochen lang Tag und Nacht getragen.

Abriß des inneren Meniskus ist namentlich bei Skifahrern infolge gewaltsamer Drehbewegung häufig. Die operative Entfernung des verletzten Meniskus ist bedenklich, da durch das Fehlen des Zwischenpuffers die Gelenkknorpel rascher verbraucht werden und eine Arthritis deformans resultieren kann. Durch folgenden Verband gelingt es oft, den Meniskus wieder zum Anheilen zu bringen. Der Bluterguß muß rasch beseitigt werden, eventuell durch Punktion. Dann wird am besten gleich oder eventuell unmittelbar nach einer neuerlichen Einklemmung eine Filzkappe wie oben angelegt und außerdem ein durch Schusterspäne verstärkter Stärkebindenverband, der von der Ober- bis zur Unterschenkelmitte reicht und in der Gegend des Gelenkspaltes eng anliegen muß (eventuell erneuern!). Der Verband bleibt vier Wochen liegen und Pat. muß damit gehen. Außerdem für mindestens ein halbes Jahr supinierende Fußeinlage und nach Entfernung des Verbandes Quadrizepsübungen wie oben mit steigenden Gewichten. (Fortsetzung folgt.) (M. m. W. Nr. 23, 25 und 28, 1925.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Blutende Zervixrisse nach Spontangeburt.

In einem Vortrage hatte H. Baumm die Ansicht ausgesprochen, daß Zervixrisse nur nach manueller oder instrumenteller Extraktion des Kindes vorkommen, daß man bei Blutungen nach Spontangeburt eine Rißbildung ausschließen könne, und daß schließlich der Praktiker einen Zervixriß nicht nähen soll.

Johannsen (Hechingen) muß diesen Anschauungen schärfstens widersprechen. Zervixrisse kommen sicher auch nach Spontangeburt vor; Verfasser selbst sah drei Fälle, die er beschreibt. Das Zeichen eines größeren Zervixrisses, das fortdauernde Blutrieseln in dünnem Rinnsal auch bei maximal kontrahiertem Uterus, ist so typisch, daß für den Erfahrenen kein Zweifel besteht, wo er die Quelle der Blutung zu suchen hat, wenn Risse an der Klitorisgegend oder der Vagina — wovon man sich ja leicht überzeugen kann — auszuschließen sind. Was soll nun der Praktiker in einem solchen Falle tun? Die Überführung in eine Klinik

kann so lange dauern, daß die Frau verblutet. Die Tamponade, die ja längere Zeit liegen bleiben müßte, bringt Infektionsgefahr und ist in ihrer Wirkung nebenbei höchst unsicher. Es bleibt nur die Naht übrig, die auch der halbwegs geübte Praktiker ausführen kann, eventuell mit alleiniger Assistenz der Hebamme und eventuell auch ohne Narkose. Spekula (im Notfalle die Hände der Hebamme) halten die Scheidenwände beiseite, mit einigen Krallenzangen wird die Zervix angehakt und vorgezogen und der ein- oder beiderseitige Riß durch Seidenknopfnähte vereinigt. Die Blutung steht prompt. In allen seinen drei Fällen konnte Verfasser die Naht in der Außenpraxis leicht und mit vollem Erfolge durchführen. Drei bis vier Wochen post partum werden die Nähte entfernt und man findet eine normale, wohlgeformte Portio. In einem Falle hielt die Naht bei einer späteren spontanen Geburt eines 4 kg schweren Kindes anstandslos; es kam zu keinem Zervixriß. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 22, 1925.)

Die Handgriffe zur Stillung atonischer Postpartumblutungen.

Von Prof. L. Piskaček (Wien): Am verläßlichsten ist der erste Handgriff, er erfordert aber große Spannweite der Hand, Kraft und Ausdauer (bis zu zehn Minuten). Bei jedem Handgriff ist vorher die Harnblase zu entleeren. Handgriff 2 oder 3 gelten als Notersatz.

Erster Handgriff: Mit weitgespreizter Hand wird die Bauchdecke oberhalb der Symphyse etwas in das Becken hineingepreßt, hierauf der Uterus an dieser Stelle zwischen Daumen und Mittelfinger derselben Hand gefaßt und gehoben. Greift man mit derselben Hand noch einmal tiefer, so gelangen die beiden Finger unter den Kontraktionsring und werden hier kräftigst gegeneinander gedrückt (Kompression der Uterinae). Zwischen ihnen befindet sich der oberste Teil der zusammengepreßten Kollummasse, so daß das Korpus der komprimierenden Hand förmlich aufsitzt. Mit der gespreizten anderen Hand werden Fundus und Korpus erfaßt, zwischen dem Daumen und den übrigen Fingern kräftig massiert und der anderen Hand entgegengedrückt. Der Uterus kontrahiert sich rasch (Ischämie, Druck auf den Zervikalplexus) und die Blutung steht.

Zweiter Handgriff: Mit den Fingerspitzen gegen den Beckeneingang gerichtet werden die Hände längs der Seitenkanten des Uterus bis unter den Kontraktionsring vorgeschoben, der Uterus möglichst gehoben und hierauf die Fingerspitzen kräftig zueinander gedrückt. Die abgespreizten Daumen kommen auf den Fundus, üben massierende Striche auf denselben aus und drücken ihn den unten komprimierenden Fingern entgegen.

Dritter Handgriff: Die abgespreizten Daumen werden unter den Kontraktionsring vorgeschoben, der Uterus gehoben und die Daumen kräftig zueinander gepreßt. Die übrigen Finger erfassen beiderseits den Fundus und die hintere Korpuswand, üben kräftige Massagestriche aus und drücken das Organ den unten komprimierenden Daumen entgegen. (W. kl. W. Nr. 23, 1925.)

Bei Pyelitis gravidarum

ist die Prognose für die Mutter im allgemeinen eine gute; von den Kindern gehen aber nach einer Statistik Dozent Naujoks mindestens ein Drittel durch Abort, Frühgeburt oder bald nach der Geburt zugrunde. Die Ursache dieser schlechten Lebensaussichten läßt sich noch nicht ermitteln; es kann direkte Infektion mit den Kolibazillen, Toxinwirkung oder Fieberschädigung in Betracht kommen. Nur selten gelang der Kolinachweis im Herzblut des ausgestoßenen Fötus und zugleich im Blute der Mutter; die Kolibazillen entziehen sich eben leicht dem Nachweis im strömenden Blute

und die direkte Blutinfektion ist vielleicht häufiger als man sie findet. Einmal fanden sich in einer eitrigen Augenentzündung eines Neugeborenen nicht die vermuteten Gonokokken, sondern Kolistäbchen in Reinkultur.

Da uns so die sichere Basis für ein kausales therapeutisches Vorgehen gegen Frühgeburt und Kindestod fehlt, bleibt unsere Aufgabe eine möglichst frühzeitige, gründliche Behandlung der Nierenbeckenentzündung der schwangeren Frau (siehe „Ars Medici" 1925, S. 176, und 1924, S. 497). Jede Pyelitis ist zunächst längere Zeit sorgfältig rein allgemein diätetisch-medikamentös zu behandeln. Die allermeisten Fälle werden hierauf mit promptem Zurückgehen der schweren Symptome oder mit vollständiger Ausheilung reagieren. Erst nach vollkommenem Fehlschlagen der konservativen Maßnahmen ist eine aktivere Therapie angezeigt, die aber in der Hand des wenig Geübten durchaus nicht harmlos ist. Doch ehe man sich zur Unterbrechung der Schwangerschaft entschließt, müssen auch alle Hilfsmittel der Lokaltherapie erschöpft sein. Der künstliche Abort kommt nur als ultimum refugium in Betracht und dürfte selbst bei großem Material nur einmal in vielen Jahren notwendig werden. Ob es möglich oder ratsam ist, einen Abortus arteficialis durch eine Nephrotomie zu vermeiden, darüber sind die Ansichten geteilt. Denn die Nierenoperation führt später doch noch oft zur Unterbrechung der Schwangerschaft und birgt wegen der lange bestehenden Eiterung Gefahren für das Wochenbett in sich. Die Nephrotomie kommt eher bei Erfolglosigkeit des Abortus arteficialis in Frage. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 21, 1925.)

Pädiatrie.

Azetonämisches Erbrechen der Kinder — Insulin.

Das oft nicht ungefährliche Krankheitsbild des periodischen (rekurrierenden) azetonämischen Erbrechens ist noch nicht genügend bekannt. Aus vollem Wohlbefinden erkranken die meist drei- bis zwölfjährigen Kinder (durchwegs aus neuropathischen Familien stammend und selbst „nervös") an heftigem Erbrechen, das tagelang unstillbar bleibt. Sie werden schnell blaß und teilnahmslos. Von Hunger und Durst gequält leiden sie Tantalusqualen, da jede feste Nahrung wie jede Flüssigkeit sofort wieder erbrochen wird. Da Bauchschmerzen und leichtes Fieber nicht selten vorkommen, wird oft an Appendizitis gedacht. Die Differentialdiagnose gegenüber der Appendizitis wird erleichtert, wenn man weiß; daß beim azetonämischen Erbrechen 1. der Leib nicht aufgetrieben, sondern kahnförmig ist, 2. das Urinlassen ohne Schmerzen erfolgt und 3. der Druckschmerz am Mc Burneyschen Punkt und die Bauchdeckenspannung fehlen. — In anderen Fällen mit Benommenheit und sogar Koma wird leicht Meningitis tbc. diagnostiziert, doch fehlen Lähmungen, Krämpfe und das Kernigsche Zeichen. Trotzdem entscheidet zuweilen erst der negative Ausfall der Lumbalpunktion. — Das entscheidende Symptom für die Diagnose der Krankheit, von dem sie auch ihren Namen hat, bleibt stets die starke Ausscheidung von Azeton in der Atemluft und im Urin. Der „Obstgeruch" der Atemluft ist auffallend und so stark, wie man ihn nur bei schwerem Diabetes findet. Es scheint sich um eine Stockung in der Mobilisation des Leberglykogens (vielleicht infolge plötzlicher Unterfunktion des Adrenalinsystems) zu handeln; beim Kinde entsteht durch den Hungerzustand rapid Hypoglykämie und Azidosis, und es handelt sich darum, schnellstens Kohlehydrate und Zucker zuzuführen, sonst droht

eventuell auch tödlicher Ausgang. Um die Kohlehydrate rasch der Verbrennung zuzuführen und Wasserretention zu begünstigen, empfehlen Prof. L. S. Meyer und Bamberg (Berlin) Insulinanwendung. Sie hatten damit in folgendem Falle schönen Erfolg: Sechsjähriger Knabe erkrankt an periodischem Erbrechen. Da schon vorausgegangene Attacken und leichtes Fieber beim Hausarzt den Verdacht auf Appendizitis geweckt hatten, die Temperatur 38 war, Bauchschmerzen und leichte Défense musculaire bestanden, wurde die Laparatomie vorgenommen, doch war der Wurmfortsatz wie alle Bauchorgane normal. Weiter starkes Erbrechen, jetzt fiel der Azetongeruch auf. Das Kind hatte nun schon verfallenes Aussehen und es trat schwere Benommenheit ein. Unter fortwährender Kampfer- und Koffeinzufuhr erhielt das Kind Transfusionsblut intraperitoneal, wiederholt je 100 g 12%iger Traubenzuckerlösung intraperitoneal, intramuskulär (sehr empfehlenswerte Art der Applikation) und rektal. Daneben zweimal je zehn Einheiten Insulin. Nach dreitägigem Koma kehrte das Bewußtsein wieder und trat dann schnell Heilung und Aufhören des Erbrechens ein. Einen ähnlichen Fall hat Iselin (Schweiz. m. W., 1922) beschrieben. Auch dort wurde Appendizitis angenommen und das Kind operiert. Einen Tag nach Entfernung des gesunden Wurmfortsatzes trat der Tod ein. In beiden Fällen hat wohl die Narkose (Leberschädigung?) den Zustand verschlimmert und das Koma hervorgerufen. In ernsteren Fällen von azetonämischem Erbrechen ist also schnelle Kohlehydratzufuhr und Insulininjektion zu versuchen. (D. m. W. Nr. 27, 1925.)

Das Ei in der Ernährung des Säuglings und Kleinkindes

ist nach Prof. L. Moll (Reichsanstalt für Säuglingsfürsorge, Wien) im allgemeinen zu Unrecht verpönt. Bei Milchnährschäden hat es sich in Form der Puddingdiät in vielen hunderten Fällen bewährt, indem sein Eiweißgehalt glänzend ausgenützt wird. — Untergewichtige Kleinkinder erhalten in der Anstalt anstandslos seit Jahren täglich ein bis zwei Eier in Form von Eierspeisen, Omeletten, passierten hartgekochten Eiern (Sandwichs), jedoch unter Milchreduktion in vier Mahlzeiten, die durch vierstündige Pausen streng getrennt sind. Zwischendurch darf absolut nichts gegessen werden. — Als Normalkost für gesunde Säuglinge wird in der Anstalt die Kalziummilch verwendet; als Heilnahrung für ernährungsgestörte Säuglinge (Darmkatarrhe, Dyspepsie, Atrophie) nach 12- bis 24stündiger Teediät die Finkelsteinsche Eiweißmilch. Beide Kostformen sind jetzt mit Hilfe der von Moll angegebenen Calciatabletten (Pharm. Ind. A.-G., Wien V., Wehrgasse) in jedem Haushalte leicht herstellbar (Gebrauchsanweisung beiliegend). Als Reparationsdiät nach behobener Durchfallsstörung bewährt sich ausgezeichnet eine mit Ei angereicherte Kalziummilch: ½ l Vollmilch wird mit einem Ei verrührt. Hierauf werden in einem anderen Gefäß 15 g (zwei Eßlöffel) Reismehl und 50 g (drei Eßlöffel) Zucker mit ½ l Wasser und 2 g Calc. lact. zu einem Schleim gekocht. Nun wird die Eimilchmischung dazugegossen und nochmals unter starkem Quirlen aufgekocht. (Aus einem Vortrag in der Ges. f. i. Med. und Kinderhk. in Wien, 1925.)

Hautkrankheiten von Säuglingen — Mutterblut glutäal.

Angeregt durch eine Publikation von Barabas hat Waltner (Weißes Kreuz-Kinderspital, Budapest) einer größeren Anzahl von Säuglingen, die an Pyodermien, Furunkulose oder Glutäalekzemen litten, künst-

lich genährt wurden und ziemlich herabgekommen waren, steril aus der Armvene der Mutter (notfalls anderer Erwachsener) mit der Spritze entnommenes Blut sofort in die Glutäalmuskulatur ein- oder beiderseitig in der durchschnittlichen Menge von 15 bis 20 cm³ und darüber eingespritzt. Die Injektionen wurden alle drei bis vier Tage ausgeführt und waren von so gutem Erfolge begleitet, daß nie mehr als drei bis vier notwendig waren, um Heilung herbeizuführen. Auch der Allgemeinzustand wurde sehr günstig beeinflußt. Die Ursache der Heilwirkung liegt wahrscheinlich nicht nur in der parenteralen Eiweißzufuhr, sondern auch in der Einverleibung gewisser Stoffe aus dem Mutterblute, durch die die Widerstandskraft der Haut erhöht wird (analog etwa der Degkwitzschen Masernprophylaxe — Ref.). Das billige, einfache und erfolgreiche Verfahren wird zur Nachprüfung empfohlen (vgl. „Ars Medici" 1925, S. 236/237). (Monatsschr. f. Kinderh. Bd. 30, H. 1, 1925.)

Der richtig gebaute Kinderschuh

ist das sicherste Mittel zur Verhütung des Kinderplattfußes. Er muß nach Dozent A. Saxl (I. Orthop. Abt. d. K. F. J.-A. u. Jubil.-Spitals, Wien) folgende Forderungen erfüllen: Niedrige, breite Absätze, breite und bequeme Schuhspitzen; Bau nach leicht supiniert stehendem Leisten („Varusleisten"; kein Valgusleisten), der vorne an der Bodenfläche so geformt ist, daß er die Metatarsusköpfchen stützt; gut passende und festsitzende, kräftige Fersenkappe, welche die Ferse in der gewünschten leichten Supination fixiert. Um überdies das Umkippen des Fußes zu verhindern, soll die Versteifung der Fersenkappe sich im Oberleder an der Innenseite des Fußes im Bereich der Fußwölbung fortsetzen und muß der mittlere Teil des Schnürschuhes gut anpassen. (W. kl. W. Nr. 25, 1925.)

Kindlicher Diabetes mellitus — Insulin.

Freise (Univ.-Kinderklinik, Berlin) berichtet über Insulinbehandlung von sechs Kindern. Im allgemeinen waren die Erfolge gut, indem auch die schwersten, im Koma eingelieferten Fälle sich erholten, an Gewicht zunahmen und im Wachstum fortschritten. So wurde z. B. ein sechsjähriges Mädchen durch intramuskuläre Injektion von 30 Insulineinheiten und gleichzeitige Zufuhr von 50 g Glykose binnen wenigen Stunden aus dem Koma gerettet. In solchen Fällen wurden auch schon bis zu 100 Einheiten verabfolgt. Eine weitere absolute Indikation für das I. ist dann gegeben, wenn das Kind trotz entsprechender Kost nicht zucker- und azetonfrei wird; oder wenn erst eine so geringe Kalorienzufuhr den Harn zuckerfrei macht, daß sie das Gedeihen des Kindes ernstlich gefährdet. Insulin und genügende Kohlehydratdarreichung helfen dann in wenigen Tagen. Auch auf die Polydipsie und Polyurie war das I. von guter Wirkung. Schließlich zwangen auch interkurrente Infektionskrankheiten und bei ambulant behandelten Kindern Diätfehler zum Übergang zur Insulinbehandlung. Auch solche Patienten, die zwar diätetisch zucker- und azetonfrei zu halten waren, eine gewisse Toleranzgrenze jedoch nicht überschreiten konnten, boten eine Anzeige zur Insulindarreichung. Letztere gestattete vielfach, die eintönige Diabetikerkost durch mannigfache Zulagen zu beleben. — Was die Dosierung anlangt, so wurden zuerst in der Regel für je 1 g Zuckerausscheidung 0.3 bis 0.5 Insulineinheiten gegeben. Hiebei mußte jedoch die Kost ausreichend sein. Weiters wurden dann beispielsweise bei einer Zuckerausscheidung von 32 g (bei einer Kost von 80 g Kohlehydrat, 10 g Eiweiß und 120 g Fett) vorerst bei gleichbleibender

Nahrung 20 Einheiten I. eingespritzt; diese Dosis wurde dann, falls die Zuckerausscheidung andauerte, allmählich um fünf bis zehn Einheiten erhöht, oder es wurde bei fehlender Ketonurie die Kohlehydratzufuhr herabgesetzt. Kam die Ketonurie jedoch nicht zum Schwinden, so wurde die Fettmenge verringert und das Kohlehydratquantum erhöht bei entsprechend größerer Insulindarreichung. So verloren die Kinder in vier bis fünf Tagen Zucker und Azeton, falls nicht gleichzeitig eine Infektionskrankheit bestand. Die Anwendungsart des Insulins war stets die subkutane, nie die venöse oder orale. Die besten Erfolge brachte die zweimal tägliche Injektion. Die Wirkung trat eine Stunde danach ein und hielt sechs bis sieben Stunden an. Die erste Dosis wurde eine Stunde vor der kohlehydratreichen Mittagsmahlzeit, die zweite ebenso abends verabfolgt. Am besten wirkte das I. bei knappster Ernährung. Der Hauptkalorienbedarf wurde durch Fett gedeckt, und zwar bis zu 250 g, ohne daß Azeton auftrat. Die Kohlehydratgaben richteten sich nach der Toleranz; man soll diese nicht durch übermäßige Insulingaben erzwingen. Eiweiß wurde nur in minimalen Mengen gegeben. Die Dauer der Insulinbehandlung hängt von der Schwere und den übrigen Umständen des Falles ab. Die Toleranz kann sich so bessern, daß das I. eine Zeit lang ausgesetzt werden kann, bis Diätfehler oder hinzutretende Infektion erneut I. erfordern. Dauernd war es bisher aber überhaupt unmöglich, ein Kind von der Insulinbehandlung unabhängig zu machen. In einzelnen Fällen kam es zur hypoglykämischen Reaktion, welche aber stets durch rechtzeitige Zuckerzufuhr beseitigt werden konnte. (Vgl. auch „Ars Medici" 1924, S. 52 und 464). (Monatsschr. f. Kinderhk., Bd. 30, H. 1, 1925.)

Zur Frühdiagnose der Masern

macht E. Steiner (Prag) darauf aufmerksam, daß die Koplikschen Flecken, die bekanntlich namentlich an der Innenfläche der Wangen und im Winkel beider Kiefer zu finden sind und beim Exanthemausbruch schwinden, häufig auch extraoral in der Vaginalschleimhaut, der Caruncula lacrimalis und besonders in der Nasenschleimhaut auftreten. Sie bilden den Naseneingang umsäumende weiße Ringe oder Flecke, die aus den kleinen Stippchen zusammengesetzt sind und schon beim Aufstülpen der Nasenspitze sichtbar werden. (M. Kl. Nr. 23, 1925.)

Zur Heilbarkeit der tbc. Meningitis.

In der Literatur sind bisher zirka 250 Fälle von geheilter tbc. Meningitis beschrieben. Zwei Drittel davon sind aber nicht genügend beweiskräftig, da die klinische Diagnose durch den Bazillennachweis im Liquor und den Tierversuch nicht verifiziert wurde. Aus der chir. Univ.-Klinik, Köln (Prof. Tilmann), bringt K. Koch neuerdings einen Fall, der durch ausgiebige Lumbalpunktionen (sechsmal à zirka 30 cm³ in Intervallen von zwei bis drei Tagen) gerettet wurde: Neunjähriger Junge, der vor zwei Jahren eine Spondylitis tbc. durchgemacht hat, erkrankt drei Wochen nach einem Sturz auf den Rücken mit Schmerzen in den früher erkrankten Wirbeln und bald darauf an typischer Basilarmeningitis (Erbrechen, Nackenstarre, Kernig, Kahnbauch, Hauthyperästhesie, Zähneknirschen, Somnolenz, Fazialisparese, leichtem Strabismus, Temperatur über 39°, Puls 120). Die sofortige Lumbalpunktion ergibt einen unter sehr hohem Druck (25 mm Hg im Liegen) stehenden, zuckerfreien, stark eiweißhaltigen, klaren Liquor (Pandy +, Nonne I +), der eine hochgradige Lymphozytose und beim Stehen stets ein Spinnwebehäutchen aufweist. Bakteriologischer Liquorbefund auf Tbc-Bazillen positiv. Nach drei Monaten mit 12 Pfund

Gewichtszunahme geheilt entlassen. Außer den Lumbalpunktionen wurde keinerlei aktive Therapie verwendet. Die Punktionen können unabhängig vom Lumbaldruck auch täglich vorgenommen werden. (M. m. W. Nr. 20, 1925.)

Rachitis — Hormontherapie.

Vor einem Jahre haben Langstein und Vollmer für Rachitis und Spasmophilie die Anwendung einer aus Hormonen innersekretorischer Drüsen hergestellten Salbe empfohlen („Hormocutan", erzeugt von der Hageda in Berlin). Auch Buschmann berichtet jetzt über gute Erfahrungen mit dieser Behandlung bei Rachitis. Meist genügt eine zwölftägige Einreibung, in schwereren Fällen wird der Turnus ein- bis dreimal wiederholt. Noch besser als die Originalsalbe schien die frisch zubereitete folgende Zusammensetzung zu wirken: Hormon 1.0, Eucerin 1.0, Solutio Rivanoli (0.5%) 0.1. — Bei Spasmophilie konnte Verfasser mit der Hormontherapie keine besonderen Erfolge erzielen und bevorzugt hier die Kalktherapie im Verein mit Zufuhr von größeren Mengen Vitamin (das Präparat Hevitan). Als Kalkpräparate haben ihm besonders gute Dienste geleistet: Ceamalt und Oskalsan, die beide den Vorzug eines angenehmen Geschmackes haben. (Ztschr. f. Kinderhk., Bd. 39, H. 4, 1925.)

Säuglingsintertrigo — roher Steinkohlenteer.

In der Dermatologie wird der Teer als antiparasitäres, antipruriginöses, reduzierendes, gefäßkontrahierendes und kerotoplastisches Mittel geschätzt. Seine Anwendung findet meist in Form des 20%igen saponierten Produktes, des Liquor carbonis detergens (eventuell decoloratus) statt; auch synthetische Teerpräparate werden verwendet. Die Anwendung des rohen Steinkohlenteers (um es ganz deutlich zu sagen, wie ihn die Dachdecker gebrauchen) wurde wiederholt versucht, hat aber keine Verbreitung gefunden. Poeck hat die guten Erfolge des rohen Steinkohlenteers bei kindlichen Ekzemen in der Czernyschen Kinderklinik in Berlin gesehen und übt diese Therapie jetzt an der Königsberger Univ.-Frauenklinik mit den besten Resultaten weiter. Bei nässenden und intertriginösen Ekzemen der Säuglinge wird eine milde Vorbehandlung mit Pellidolzinkpaste angewandt und dann die erkrankte Partie mit dem rohen Steinkohlenteer mittels Pinsel oder Wattebausch angestrichen. Man läßt den Anstrich trocknen, bestreut dann die Stellen mit Puder und wickelt Zellstoff zur Schonung der Wäsche darum. Diese Prozedur wird je nach Bedarf in Abständen von zwei bis drei Tagen ein- bis zweimal wiederholt. Die Nachbehandlung besteht in Pudern und eventuell wieder Pellidolzinpaste. Die Wirkung ist prompt und übertrifft jede Salbenbehandlung. Natürlich wird die Grundursache des Ekzems zugleich bekämpft, das heißt die Kinder werden pünktlich trockengelegt; bei exsudativen Diathesen und bei fetten, pastösen Kindern ist knappe Ernährung am Platze mit Fleischbeschränkung und Erhöhung der Nahrungskonzentration; bei künstlich genährten Kindern Vitaminzufuhr. — Bei Anwendung des Teers auf großen, flächenhaften Hautpartien besteht allerdings die Gefahr der Intoxikation. Als Zeichen einer solchen geben die Autoren an: grüne Verfärbung des Urins, Anurie, Diarrhoe, Erbrechen und Krämpfe. Solche Teervergiftungen sind nach Angabe aller Autoren selten; Verfasser hat sie bei seinem Verfahren nie gesehen. (Klin. Wschr. Nr. 30, 1925.)

Haut- und venerische Krankheiten.

Hautkrankheiten und Würmer.

Bei zahlreichen Hauterkrankungen wird man nach San.-Rat Schütz (Frankfurt a. M.) bei genauerem Nachforschen Darmparasiten finden und durch deren Beseitigung das Hautleiden heilen können. Besonders die Acne rosacea centralis ist stets reflektorisch von einer Erkrankung der Digestionsorgane erzeugt. Bei einem Dienstmädchen traten schubweise vereinzelte pemphisgusartige Blasen von Kirsch- bis Pflaumengröße auf. Es erwies sich, daß die Kranke seit Jahren Askariden hatte, gegen die sie erfolglos mehrfach Medikamente gebraucht hatte. Sie konnte durch Thymol geheilt werden: Rp. Thymoli 0.25, Solve in spirit. vini 25.0. Deinde adde Aqu. ad 150.0. Signa: Mehrmals täglich einen Eßlöffel mit Wasser zu nehmen.

Bei einem 52jährigen Manne konnte eine hartnäckige Acne varioliformis an Hals und Gesicht durch Beseitigung eines Bandwurmes geheilt werden.

Die Oxyuren rufen nicht nur bei Kindern Strophulus, sondern auch bei Erwachsenen lokalen sowie allgemeinen Pruritus, Ekzem, Lichen simplex und eine juckende urtikariaähnliche Erkrankung hervor, die nicht selten als Skabies falsch behandelt wird. Durch die eigentümliche zerstreute Anordnung und die Polymorphie der juckenden Effloreszenzen kann man zur richtigen Diagnose geführt werden. Gegen die Oxyuren empfiehlt Verfasser ebenfalls die obige Thymollösung, dazu jedoch unbedingt tagsüber als Getränk 0.3%ige Salzsäurelösung; daneben natürlich Verhütung der Autoinfektion durch die bekannten Reinlichkeitsmaßregeln, mehlarme Kost und Einführung von Nahrungsmitteln, die auf den Abgang von Würmern anerkannten Einfluß haben, wie rohe, gelbe Rübchen, Zwiebeln, Lauch, Knoblauch, rohes Sauerkraut, ungewässerte Heringe und Kaviar. (Derm. Wschr. Nr. 26, 1925.)

Hauttuberkulose — neuere Heilmittel.

Von Prof. Wichmann (Lupus-Station der Univ.-Hautklinik in Hamburg).

1. Das Pyotropin („Lupusan", G. m. b. H. in Altona; siehe „Ars Medici" 1925, S. 133) ist von Muchow, Callenberg und besonders Axmann zur Lupusbehandlung warm empfohlen worden. Nachprüfung ergab, daß es ein brutales Ätzmittel ist; die Schmerzhaftigkeit der Applikation kann allerdings durch Kokainisierung gemildert werden. Ein Teil der Fälle zeigte deutliche Besserung, trotzdem ist das Pyotropin kein spezifisches Tuberkuloseheilmittel; eine Kontrollbehandlung mit Kalilauge und Kreosot ana partes zeigte ungefähr die gleichen Ergebnisse, und natürlich ist dieses einfache Ätzmittel viel billiger. Immerhin muß zugegeben werden, daß die Schnelligkeit der Wirkung des Pyotropins und seine einfache Anwendung bei zirkumskripter stationärer Hauttbc. einen Vorteil gegenüber der bisherigen Ätztherapie bedeutet.

2. „Lupusex" (Hersteller Friderici & Co., Hamburg) nennt sich ein Mittel, dessen Zusammensetzung folgendermaßen angegeben wird: Ac. boric. 1.5, Ac. carb. 1.0, Ac. sal. 1.5, Bals. peruv. 1.5, Benz. 1.6, Coc. 0.15, Glyc. 10.0, Hg sulf. rubr. 1.25, Hg viv. 1.25, Natr. chlor. 1.0, Sulf. 12.0, Zn. oxyd. 12.0; Ad 100.0 Aqu. dest., bzw. Ungu. Paraffini. — Das Mittel wirkt schmerzstillend und die Schuppenbildung verschwindet, so daß die kosmetische Entstellung durch den Krankheitsherd unauffälliger wird. Sonst

konnte Verfasser keine wesentliche Beeinflussung der lupösen Infiltrate feststellen.

3. Triphal, das neueste Goldpräparat der Höchster Farbwerke, ist nur einhalbmal so giftig wie Krysolgan und wird in steigenden Dosen von 0.01, 0.025, 0.05 und 0.1 intravenös gegeben. Bei Lupus vulgaris gab Verfasser im Verlaufe eines halben Jahres bis zu 40 Injektionen (= 2.75 g Gesamtdosis) pro Fall, ohne unliebsame Nebenerscheinungen zu beobachten. Schon nach wenigen Injektionen treten mitunter Herdreaktionen auf, so daß das Triphal als ein spezifisches Mittel in der Chemotherapie der Tbc. bezeichnet werden kann. Nach Eintritt einer Herdreaktion ist die Dosis nicht weiter zu steigern, sondern zunächst herabzusetzen. Die Beeinflussung der Fälle von Lupus vulgaris war nur in einem Teile eine günstige. Ungleich besser war das Ergebnis bei Lupus erythematosus. Bei einigen vorgeschrittenen Fällen mit entstellenden Herden, die in der bekannten Schmetterlingsform Nase und Wangen einnahmen, heilten die Herde ab, ohne in den nächsten sechs Monaten zu rezidivieren. Verfasser versuchte das Triphal auch bei Psoriasis; von sechs Fällen wiesen nur zwei eine wesentliche Besserung auf. (D. m. W. Nr. 25, 1925.)

Gegen den Juckreiz bei hyperkeratotischen Ekzemen

des Skrotums und Afters und anderen Tylositäten verwendet F. Burkart (Hautarzt in Düsseldorf) zunächst ein starkes Alkali, am besten Nylanders Reagens; wenn die dadurch bewirkte Epidermolyse und tiefgehende Kolliquation sich durch Schmerzen ankündigt, neutralisiert man mit Essigsäure, worauf die Schmerzen sofort aufhören. Es resultiert eine entspannte, weiche Fläche, die nicht mehr juckt! (M. Kl. Nr. 17, 1925.)

Luetisches Exanthem — Erkennung.

Um ein beginnendes oder schwindendes luetisches Exanthem deutlicher sichtbar zu machen, empfahl Prof. Samberger kürzlich außer den bekannten Methoden (Verweilen des Kranken in kühler Luft, Beobachtung der Haut durch Kobaltgläser, Jarisch-Herxheimersche Reaktion) ein neues Verfahren: Er läßt den Patienten den Oberkörper mehrere Male nach vorn beugen und dann wieder strecken, wonach das schwache Exanthem markanter hervortritt. Als Erklärung ist anzunehmen, daß die durch das Luestoxin geschädigten Kapillaren einem größeren Blutdruck nicht gewachsen sind und mehr blutgefüllt bleiben. — Nadel (Lemberg) reizt eine kleine Hautpartie, indem er mit einem gewöhnlichen Holzspatel einige Male ziemlich brüsk darüberstreicht. Aus den oben angegebenen Gründen tritt an den kranken Hautstellen eine größere Hyperämie ein als an den gesunden, und besonders beim Vergleich mit den übrigen nicht gereizten Hautpartien tritt die intensivere Färbung des Exanthems deutlich zutage. Beobachtet man den gereizten Hautbezirk einige Zeit, so blassen die gesunden Stellen bald wieder ab oder werden gar anämisch, während die luetischen Exanthemflecke strotzend mit Blut gefüllt bleiben. — Auch bei Cutis marmorata sind die Kapillaren geschädigt und tritt bei mechanischer Hautreizung das Bild deutlicher hervor; jedoch läßt die charakteristische verästelte Zeichnung diese Erscheinung leicht vom luetischen Exanthem unterscheiden. (Derm. Wschr. Nr. 30, 1925.)

Pemphigus — Stärketeerbäder.

Bei Pemphigus wandte schon Hebra Teer an, und zwar in Form der sogenannten Teerbäder. Der Kranke wurde mit Oleum Rusci oder Oleum Fagi bestrichen und in ein warmes Bad gelegt. Die Nachteile des

Verfahrens sind Schmerzhaftigkeit, ungleichmäßige Verteilung, Überdosierung und Nierenreizung. Später wurden verschiedene Teeremulsionen angegeben, wie Rp: Olei Cadini 50.0, Vitell. ovi unius, Extr. lign. Quillajae qu. s., Aqu. dest. 250.0. — Die Neissersche Klinik empfahl: Rp: Olei Rusci 100.0, Spirit. saponat. kalin., Aqu. dest. ana 75.0. — Viel Verbreitung hat auch das „Balnacid" von Klingmüller gefunden.

Leszczynski (Derm. Abt. Allg. Krankenh., Lemberg) empfiehlt nach reicher Erfahrung bei Pemphigus „Stärketeerbäder". 3 kg besten Weizenmehles werden mit etwa 3 l kalten Wassers (paulatim addendo et agitando) zu einem Brei verrührt, welcher mit weiteren etwa 7 bis 10 l heißen Wassers sorgfältig vermengt wird. Das Gemisch wird nachher erhitzt und mehrmals bis zum Siedepunkt gebracht, ohne aufzukochen. Jetzt werden 50 g Ol. Rusci in dünnem Strahl (semper agitando) langsam zugefügt und bestens vermengt. Die so hergestellte Emulsion wird in das bereitstehende warme Bad gegossen und verrührt, und das Stärketeerbad ist gebrauchsfertig. — Hebra und Hardy haben neutrale Puder bei Pemphigus angewandt; der russische Autor Nikolski empfahl Stärkebäder beim Pemphigus, „weil sich in einem Stärkebad der Puder auf der ganzen Hautoberfläche festsetzt und diese vor Reizung seitens des Wassers schützt; ja sogar nach dem Verlassen des Bades hafte dieser Puder noch als dünne Schutzdecke der Haut an". — Mit dem Stärketeerbad erreicht man also zwei Wirkungen, die Teerwirkung und die Puderwirkung der Stärke. Die Bäder werden von den Kranken sehr angenehm empfunden, sind absolut schmerzlos und in ihrer Wirkung den alten Teerbädern überlegen. Wegen der großen Resorptionsfläche sind natürlich die Nieren sorgfältig zu überwachen. Die Stärketeerbäder haben sich außer bei Pemphigus noch bei der Dermatitis herpetiformis Duhring und bei manchen Ekzemen bewährt. (Derm. Wschr. Nr. 29, 1925.)

Röntgengeschwüre — warme Breiumschläge.

Drei schwere Röntgengeschwüre konnte Veiel (Cannstadt) mit konsequent angewandten warmen Kataplasmen in der verhältnismäßig kurzen Zeit von zwei bis vier Monaten dauernd ohne Rezidiv und mit gutem kosmetischen Endeffekt heilen. Wenn man bedenkt, wie alle möglichen komplizierten Verfahren bis zur radikalen Exzision und „Thierschung" oft beim Röntgengeschwür ohne Erfolg bleiben, ist diese Behandlung gewiß versuchenswert. Die Technik ist sehr einfach. Der Brei wird jeden Morgen frisch gekocht, und zwar aus Leinsamenmehl und Milch (oder Wasser). Man kocht solange, bis ein Löffel, den man senkrecht hineinsteckt, im Brei stecken bleibt. Dann wird der Brei in eine doppelte Mullschicht gehüllt, dieses „Päckchen" an beiden Enden zugeschnürt, und der Umschlag ist verwendungsbereit. Am besten bereitet man zwei Umschläge, so daß der Reserveumschlag entweder auf einer Wärmeflasche oder noch besser in einem Blechkasten mit Wasserbad warm gehalten werden kann, um den auf der Haut liegenden Umschlag zu ersetzen, sobald dieser erkaltet. Das Geschwür wird nun mit Mullstreifen belegt, die mit 1‰ Borwasser angefeuchtet sind, und darüber werden von frühmorgens bis spät abends die warmen Breiumschläge gelegt. Nachts feuchter Verband mit 1‰ Borwasser. (Klin. Wschr. Nr. 28, 1925.)

Die Salvarsanschädigungen

bespricht Prof. A. Buschke (Rud. Virchow-Krankenhaus, Berlin).

1. Ikterus und (sub)akute Leberatrophie **können in** Frühstadien der Lues auch ohne Salvarsan (S.) auftreten, **werden aber**

seit der S.-Ära in bestimmten Perioden häufiger beobachtet. Meist handelt es sich um eine durch das S. provozierte Leberlues. Der Kalkstoffwechsel spielt eine Rolle; Fleischmangel und vegetarische Kost erhöhen die Disposition. Sehr beschleunigte Blutkörperchensenkungsreaktion spricht für spezifischen und gegen zufälligen katarrhalischen Ikterus. Schlechte S-Präparate sind eine häufige Ursache. Therapie: Bringt Diät nicht bald Erfolg, so gebe man außerdem Kalomel: alle fünf bis acht Tage 1/3 bis ½ cm³ einer 10%igen Emulsion bis höchstens vier bis sechs Injektionen in einem Turnus unter sorgfältiger Kontrolle von Mund, Niere und Darm; später Schmierkur oder Wismuth. Nur im äußersten Notfall in späteren Kuren auch Salvarsan in vorsichtigsten Dosen.

2. Salvarsanexantheme sind nicht selten. Man beobachtet bei Idiosynkrasie schon nach kleinsten Dosen leichteste, in wenigen Tagen zurückgehende Formen, die bei weiteren Injektionen an denselben Stellen wieder auftreten können; manchmal aber auch davon ausgehende schwere Ekzeme, Pyodermien, mit hohem Fieber, Nephritis, nekrotischen Anginen und Sepsis. Der Praktiker sei gewarnt, beim Auftreten auch des geringsten Exanthems spezifisch weiter zu behandeln, auch nicht mit Hg oder Bi. Therapie: Trockenpinselungen, vorsichtige Bäder mit Hypermangan, Einpinseln mit schwacher Lösung von Rivanol oder Trypaflavin, Natriumthiosulfat venös, Na Cl-Infusionen, Aderlässe, Herztherapie.

3. Angioneurotischer Symptomenkomplex. Blaurote Verfärbung und Schwellung des Gesichtes, Halses, eventuell der Brust und Schleimhäute, manchmal auch leichte Hirnstörungen, bald nach der Injektion, meist rasch vorübergehend. Selten sind toxische Gefäßblutungen (Purpura cerebri) meist einige Tage nach einer Injektion: Fieber, Erbrechen, Kopfschmerz, Nackensteifigkeit, Koma, Krämpfe, Lähmungen, Pupillenstarre, Exitus in wenigen Tagen.

Zur Vorsicht mahnen häufiges und hohes Fieber nach Injektionen, ebenso starker Kopfschmerz, Schwindel und leichte Unbesinnlichkeit. Prophylaktisch nicht zu hohe Einzeldosen, am besten in Kalk (Afenil) gelöst, eventuell vorher Adrenalin subkutan. Gegen paravenöse Injektionen wird Nachspritzen von Na Cl-Lösung empfohlen. (Die Ther. d. Gegenw. H. 5, 1925.)

Sulfoxylsalvarsan.

Ehrlichs Nachfolger Kolle hat neben dem Silbersalvarsan noch ein neues Salvarsanpräparat, das Sulfoxylsalvarsan („Ars Medici" 1919, S. 59), hergestellt, welches den Vorteil hat, daß es gelöst in gebrauchsfertigen Ampullen (Höchster Farbwerke) in den Handel kommt, wodurch die Gefahr der Oxydation zu giftigen Verbindungen und der sogenannte „Wasserfehler" entfallen. Avramovici (Bukarest) berichtet über seine Erfahrungen mit diesem Präparat. Es hat die Eigenschaft, daß es sehr langsam ausgeschieden wird, also eine „Depotwirkung" ausübt. Daher eignet es sich besonders für die Syphilisfälle im Latenzstadium mit positiver oder negativer WaR, die noch der Behandlung bedürfen. Will man eine schnelle Beeinflussung noch manifester luetischer Erscheinungen erzielen, so wählt man besser Neosalvarsan oder Silbersalvarsan. Außerdem gibt es Fälle, die nach den ersten Neosalvarsankuren auch kleine Dosen von Neosalvarsan nicht mehr vertragen, — „späte Intoleranz". Auch hier kann die Kur mit Sulfoxylsalvarsan allein oder in Kombination mit Hg oder Wismut fortgesetzt werden. Das Sulfoxylsalvarsan ist sehr gut verträglich; Verfasser sah unter 200 Injektionen nie danach den angioneurotischen Symptomenkomplex; das Mittel wirkt auch gewissermaßen tonisch, durch

seinen Arsengehalt von etwa 20% roborierend auf durch lange Kuren erschöpfte Patienten. Die WaR wird gut beeinflußt. Die intravenösen Injektionen sind in Zwischenräumen von sechs bis sieben, besser noch von je zehn Tagen zu verabfolgen; nach zwei bis drei Monaten kann die Kur wiederholt werden. Galewsky empfahl auch die intraglutäale Injektion des relativ milden Mittels. (D. m. W. Nr. 26. 1925.)

Moderne Syphilistherapie.

F. Moses (leit. Arzt der Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Städtischen Krankenhaus, Moabit-Berlin) empfiehlt folgende Abortivkur, selbstverständlich nur für das noch seronegative Stadium, also höchstens bis zum Beginn der fünften Woche nach der Infektion (Spirochätennachweis im Dunkelfeld im frischen Sekret vorausgesetzt): Am ersten und zweiten Tag je 0.15 Neosalvarsan, am dritten und vierten Tag je 0.3, am sechsten und achten Tag je 0.45 und dann weiter jeden vierten Tag 0.45 bis zur Gesamtmenge von 6 bis 7 g im Verlauf von zirka sechs Wochen. Man kann auch rascher mit 0.3 beginnen, bei der dritten Injektion auf 0.45 steigen und von der zweiten Woche ab jeden zweiten Tag 0.45 injizieren. Beim Kurbeginn soll die zweite Dosis nach Pinkus nicht höher sein als die erste, um Enzephalitis zu vermeiden. Nach jeder Injektion Kontrolle der WaR, um nicht ein vorübergehendes Positivwerden derselben während der Kur zu übersehen (dann kein Abortivfall mehr!). Auch nach der Kur muß im ersten Jahre alle vier bis sechs Wochen und seltener noch im zweiten Jahre auf WaR geprüft werden. Hg oder Bi sind zur Abortivkur überflüssig.

Im Sekundärstadium ist das Wismut dem Hg entschieden vorzuziehen. Die Injektionen sind fast schmerzlos und machen keine Infiltrate. Der Effekt auf die klinischen Symptome und die WaR übertrifft meist den der Hg-Präparate. Die Nebenerscheinungen sind viel gutartiger als beim Hg. Immerhin soll während der Bi-Kur regelmäßig das Harnsediment auf Zylinder untersucht werden, die ohne Albuminurie auftreten können und die Kurunterbrechung indizieren. Auch energische Bi-Kuren stören nicht das Wohlbefinden und häufig nehmen die Patienten (im Gegensatz zum Hg) sogar zu. Die im Handel befindlichen Bi-Präparate sind fast alle gleich gut. Die Dosierung soll möglichst 0.15 metallisches Wismut (1.5 cm³ Suspension) pro Injektion erreichen, pro Kur (20 muskuläre Injektionen in fünf bis sechs Wochen) 2 bis 3 g. Die Wirkung hält etwa sechs Monate an. Durch regelmäßige, nicht zu seltene Kontrolle ist das Umschlagen der WaR zu verhüten. Man benötigt etwa sechs rechtzeitig angesetzte Bi-Kuren im Verlauf von drei bis vier Jahren.

Im Tertiärstadium sieht man in nicht zu vorgeschrittenen Fällen von Gefäßlues und Tabes von langdauernder Salvarsanbehandlung mit kleinen Dosen sehr befriedigende Resultate. Ebenso ist Salvarsan angezeigt, wenn durch ulzeröse Prozesse grobe Substanzverluste lebens- oder kosmetisch wichtiger Organe drohen. Für alle übrigen Fälle genügen Wismut und Jod.

Im allgemeinen: Will man schnell und intensiv etwas bei der Lues erreichen, so gebe man Salvarsan; hat man Zeit und kommt es weniger auf schlagartige als nachhaltige Wirkung an, so verwende man Wismut. (Die Ther. d. Gegenw., H. 6. 1925.)

Wismut oder Hg?

Das Wismut hat sich hauptsächlich wegen seiner Schmerzlosigkeit und geringen Erzeugung von Nebenwirkungen überraschend schnell in die

Luestherapie eingebürgert und vielfach das Hg verdrängt. Manche Autoren stellten auch kurz und bündig die Behauptung auf, daß Wismut stärker als Hg wirke. So einfach liegt nun die Sache nach Dozent Hecht (Prag) nicht. Die Wirkung der beiden Mittel ist individuell recht verschieden. Eine ausgiebige Schmierkur oder das wirksamste Hg-Präparat, die 10%ige Kalomelemulsion, scheint noch immer den sichersten Effekt zu verbürgen Jedenfalls sind vom Verfasser und anderen Autoren sowohl nach alleinigen Wismutkuren als nach solchen in Kombination mit Salvarsan nicht wenige Rezidive beobachtet worden. Wenn man schon Salvarsan mit Wismut kombiniert, so sind die üblichen Wismutdosen jedenfalls zu niedrig. Im Anfang soll man vorsichtig mit 1 cm^3 Wismut beginnen, dann mit 1½ cm^3 fortsetzen und bei guter Verträglichkeit jeden dritten bis vierten Tag 2 cm^3 Bismogenol (oder Spirobismol oder Bismosalvan u. dgl.) injizieren; die Gesamtmenge soll mindestens 30 cm^3 pro Kur betragen. — Praktischer scheint es, das Wismut mit Hg zu kombinieren. Man zieht in eine 2 cm^3 fassende Spritze 0.2 bis 0.3 cm^3 einer 10%igen Kalomelemulsion auf und füllt dann die Spritze mit Bismogenol; oder man setzt zu einem Fläschchen mit 15 cm^3 Bismogenol 5 cm^3 der Kalomelemulsion hinzu; in 1 cm^3 dieser Mischung sind dann 0.75 cm^3 Bismogenol und 0.25 cm^3 Kalomelemulsion enthalten. Davon gibt man 1 bis 1½ cm^3 pro dosi. Die Verträglichkeit dieser Kombination ist sehr gut, ja die bekannte Schmerzhaftigkeit der Kalomelinjektion wird durch das Wismut anscheinend beseitigt. Natürlich müssen bei dieser Kur Zahnfleisch und Harn genau kontrolliert werden. (Derm. Wschr. Nr. 27, 1925.)

Augenheilkunde.

Augenveränderungen als Frühsymptom von Allgemeinerkrankungen.

Klagen über Sehstörungen sollen den Praktiker veranlassen, stets sofort die Augen zu untersuchen oder vom Facharzt untersuchen zu lassen. San.-Rat Feilchenfeld (Berlin) bringt zum Beleg folgende drei Krankengeschichten.

1. 66jähriger Herr klagt, daß er seit zehn Tagen plötzlich auf beiden Augen verschleiert sehe, auf dem einen fast erblindet sei. Die Untersuchung deckt eine Myopie von 4 D auf. Da Patient bestimmt angibt, daß er bis vor kurzem scharf ohne Glas in die Ferne sah, ist akut entstandene Myopie anzunehmen. Diese kommt ebenso wie akut entstandene Hypermetropie bei Diabetes vor (vgl. „Ars Medici“ 1925, S. 347). Die sofortige Harnuntersuchung ergab 6% Zucker.

2. Dr. M. C. wird wegen Magenbeschwerden acht Wochen in einem Sanatorium erfolglos behandelt. Seinen Klagen über Abnahme der Sehfähigkeit wird kein Gewicht beigemessen. Endlich nach acht Wochen erfolgte Augenuntersuchung ergibt schwerste Neuroretinitis albuminurica. Jetzt findet sich auch Herzvergrößerung nach links, Blutdruck 250 mm Hg, spezifisches Harngewicht 1002, wenig Albumen. Die Magenbeschwerden waren ebenfalls nur auf die schwere Nierensklerose zurückzuführen. Der Kranke ging später an Urämie zugrunde, die allerdings auch wohl bei früherer Diagnosestellung das Ende gewesen wäre.

3. Patient klagt über seit einiger Zeit bestehendes Druckgefühl in beiden Augen und Augenschmerzen. Sehnervenpapillen leicht verschleiert, rechts mehr als links, das Gesichtsfeld rechts stark konzentrisch eingeengt, links weniger. Der blinde Fleck beiderseits deutlich vergrößert. Diagnose:

Reizung der Sehnerven durch eine Nebenhöhlenerkrankung, die vorwiegend rechts lokalisiert ist. Die rhinologische und besonders röntgenologische Untersuchung bestätigen diese Diagnose vollkommen und die fachärztliche Behandlung beseitigt bald den Nebenhöhlenkatarrh sowie die Veränderungen am Auge. (D. m. W. Nr. 25, 1925.)

Glaskörpertrübungen — Sklerotomie.

Obwohl Elschnig schon vor 25 Jahren die Glaskörperabsaugung und Ersetzung der Flüssigkeit durch physiologische Kochsalzlösung empfohlen hatte, beschränkte sich im allgemeinen bis vor wenigen Jahren die Behandlung der Glaskörpertrübungen bei intraokularen Blutungen und entzündlichen Prozessen auf resorbierende Maßnahmen, wie Erzeugung lokaler Hyperämie durch subkonjunktivale Kochsalzinjektionen, Schwitzkuren, Darreichung von Jod, Tuberkulin- und antiluetische Kuren, sofern es sich um spezifische Affektionen handelte. Meist war der Erfolg dieser Behandlung ungenügend. Erst vor etwa fünf Jahren fand auf Empfehlung zur Neddens („Ars Medici" 1920, S. 360, und 1922, S. 507) die Absaugung der Glaskörperflüssigkeit allgemeinere Verbreitung. Wenn die Erfolge auch gut waren, so haften der Methode doch mehrere Mängel an. Man braucht einen ziemlichen Kraftaufwand zur Absaugung, wodurch Nebenverletzungen, ja Ablatio retinae vorkommt. Durch das gewaltsame Eindrücken der Spritze wird der intraokulare Druck erhöht, um nachher rapid zu sinken, was zu Blutungen führen kann. Bei der Größe der Punktionsöffnung kann Infektion erfolgen. Schließlich braucht man zu dem Verfahren Assistenz. Dozent Bliedung (Hamburg) empfiehlt als einfacher und besser die Sklerotomie. Die Erfolge sind ebensogut wie bei der Glaskörperabsaugung. Selbst dann, wenn kein Glaskörper austritt, wird weitestgehende Aufhellung der Trübungen erzielt. Der Einstich ist leicht und ohne Kraftaufwand mit dem doppelschneidigen Schmalmesser nach Deutschmann zu vollziehen. Starker Wechsel des intraokularen Druckes, welcher Netzhaut und Gefäße gefährden würde, findet nicht statt. Assistenz ist nicht nötig. Die Wundverhältnisse sind besser und die Infektionsgefahr geringer als bei der Absaugung. Zehn Krankengeschichten illustrieren die guten Erfolge der einfachen Methode. (D. m. W. Nr. 27, 1925.)

Die intravenöse Jodbehandlung in der Augenheilkunde

empfehlen Metzger und Prof. Schnaudigel warm. Ihre Erfahrungen erstrecken sich auf 3000 intravenöse Injektionen, von denen etwa die Hälfte ambulant durchgeführt wurde. Am geeignetsten ist eine 10%ige Jodnatriumlösung, von der als erste Dosis 5 cm³, dann in Abständen von zwei bis drei Tagen je 10 cm³ venös injiziert werden. Bei akut entzündlichen Prozessen empfiehlt sich eventuell tägliche Injektion. Kinder von sechs bis zehn Jahren erhalten die halbe Dosis. Die Technik der venösen Einspritzung ist die übliche, man braucht aber nach dem Einstich den Spritzenkolben nicht zurückzuziehen, da nach Eröffnung der Vene das Blut infolge der höheren Konzentration der Na J-Lösung von selbst in den klaren Inhalt der Spritze übertritt; hiedurch wird die Sicherheit der Technik wesentlich erhöht. Die Injektion soll langsam erfolgen, etwa 1 cm³ pro Sekunde. Paravenöse Injektion ist natürlich zu vermeiden, kleinere Infiltrate bilden sich unter feuchtem Verband schnell zurück. Gegenindikationen: hohes Fieber, thyreotoxische Störungen, dekompensierte Herzfehler, Nierenstörungen, gleichzeitige Hg-Behandlung. Idiosynkrasie gegenüber anderen Jodpräparaten ist keine Gegenanzeige; solche Patienten pflegen die venöse Jodapplikation gut zu vertragen, nur wird man in

solchen Fällen anfangs vorsichtig dosieren. Jodismus tritt selbst bei langer Dauer der Kur nicht auf.

Indikationen. Die Rückbildung von Blutungen und Exsudaten im Glaskörper und Augenhintergrund wird gut beeinflußt. Bei arteriosklerotischen Prozessen kommt die Jodwirkung auf den Kreislauf begünstigend hinzu. — Bei kongenitalen luetischen Augenerkrankungen wirkt die intravenöse Jodbehandlung unverkennbar spezifisch. Die Keratitis parenchymatosa, die durch Hg nur wenig, durch Salvarsan in ihrem lokalen Verlaufe fast gar nicht beeinflußt wird, reagiert ausgezeichnet auf intravenöse Jodbehandlung durch schnelles Abklingen der Entzündung und rasche Aufhellung der Hornhauttrübungen. Die gleichzeitige lokale Anwendung von gelber Augensalbe (Unguentum hydrarg. oxyd. flavi via humida parat. 1%) führt nicht zu Reizerscheinungen. Auch die Kombination der Jodbehandlung mit Wismutinjektionen läßt sich ohne Störungen durchführen. Spezifische Augenmuskellähmungen gehen auffallend schnell unter Jodbehandlung zurück. — Die Tbc. der Iris und der Aderhaut spricht gut auf venöse Jodinjektionen an, besonders im Verein mit Tuberkulinbehandlung oder Proteinkörpertherapie. — Bei Entzündungsprozessen des Zentralnervensystems mit Beteilung des Auges ohne klare Ätiologie, wie Neuritis optica, Meningitis serosa usw., kommt als rein symptomatische Behandlung die Jodnatriumtherapie als aussichtsreich in Betracht. Bei Bleivergiftung ist die entgiftende Wirkung der Jodbehandlung durch intravenöse Anwendung intensiv und schnell zu erzielen. (Klin. Wschr. Nr. 24, 1925.)

Wie entstehen die skrofulösen Augenentzündungen?

Vor allem, schreibt Prof. A. Löwenstein (Prag), muß eine allergische Grundlage vorliegen, die meistens auf tuberkulöser Grundlage entsteht. Als auslösendes Moment tritt zu dieser Überempfindlichkeit ein dauernder Mangel in der Kost an Vitaminen. Hiefür sprechen die außerordentliche Ähnlichkeit der schweren skrofulösen Keratitis mit der Keratomalazie pädatrophischer Säuglinge, einer echten Avitaminose; der vorzügliche Erfolg der dauernden Zufuhr von Vitaminen, namentlich von großen Mengen Lebertran, frischem Gemüse und Obst; der steile Anstieg der Augenskrofulose im Frühling, zu welcher Zeit die ärmere Bevölkerung besonders vitaminarm lebt; die große Häufigkeit der Augenskrofulose bei den vitaminarm (von geschältem Reis) lebenden erwachsenen Japanern. (M. Kl. Nr. 23, 1925.)

Rhino-, Laryngo- und Otologie.

Kehlkopftbc. — heutiger Stand der Therapie.

Von Prof. Stenger (Königsberg).

Zur Beseitigung der Schmerzen, die man früher durch endolaryngeale, lokal wirkende Medikamente zu beeinflussen suchte, verwendet man jetzt mit viel besseren Erfolgen die Anästhesierung des Nervus laryngeus superior durch Alkoholinjektion oder durch Nervenresektion. Durch rechtzeitige Ausführung dieses Eingriffes wird oft gleichzeitig ein Stillstand der lokalen Erkrankung erreicht, ähnlich den Erfolgen, welche man früher durch rechtzeitige Tracheotomie zwecks Ruhigstellung des Kehlkopfes zu erzielen versuchte.

Zur Therapie des tbc. Erkrankungsprozesses im Kehlkopf selbst wird jetzt der größte Wert auf die Allgemeinbehandlung gelegt und die Auf-

nahme des Kranken in Heilstätten empfohlen. Es muß also der Heilstättenarzt heute die Laryngologie entsprechend beherrschen und anderseits der Kehlkopfarzt mit den Untersuchungsmethoden der tbc. Lungenerkrankung vertraut sein. Die immun-biologische Therapie scheint gewisse Erfolge zu haben; Blumenfeld rühmt die Deycke-Muchschen Partialantigene, Bumba die Tuberkulininjektionen. Andere arbeiten mit der sogenannten Reiztherapie und verwenden hiezu Gold-, Kupfer- und Silberpräparate. Besonders das Krysolgan intravenös (in zehntägigen Pausen von 0.01 ansteigend bis 0.075) wird gerühmt. Ebenfalls als erweiterte Reiztherapie wirkt die Bestrahlung. Die Röntgenbestrahlung ist als unsicher und nicht ungefährlich verlassen worden. Die Bestrahlung mit Sonnenlicht hat bessere Erfolge, kommt aber natürlich nur bei besonders günstigen Sonnenverhältnissen in Betracht; zu beachten ist auch, daß nur Reflexspiegel aus Quarz verwendet werden sollen, da das Glas zu viel chemisches Licht absorbiert. Strandberg hält die lokale Lichttherapie für unzureichend und empfiehlt die Allgemeinbestrahlung mit Kohlenbogenlicht. Wessely (Klinik Hajek, Wien) benützt ebenfalls Bogenlicht, das er durch eine Quarzoptik zu einem engen Strahlenbündel vereinigt und direkt oder mittels Reflexspiegel an den Kehlkopf bringt. Bumba (Prag) bringt Quarzlicht (Höhensonne) direkt mittels des Seiffertschen Autoskops in das Kehlkopfinnere und verbindet diese Behandlung mit einer Tuberkulinkur, jedoch so, daß jede Bestrahlung erst nach Ablauf der akuten Reaktionserscheinungen, während deren auch eine erneute Injektion zu vermeiden ist, ausgeführt wird.

In der lokalen Behandlung des tbc. Kehlkopfprozesses ist man von rein chirurgischen Eingriffen mehr und mehr abgekommen. An Stelle der früher zur Ruhigstellung empfohlenen Tracheotomie (die nur noch bei drohender Stenose angewendet wird) ist, wie erwähnt, die Resektion des Nervus laryngeus superior (auch seine Alkoholinjektion oder Vereisung) getreten. Die Laryngofissur, bzw. Laryngotomie ist angezeigt bei abnormen, tumorartigen oder papillären Gewebsbildungen. Die weitere lokal-chirurgische Behandlung beschränkt sich auf die möglichst frühzeitige gründliche Entfernung ulzerativer und proliferierender Gewebsprozesse, vorausgesetzt, daß der Allgemeinzustand des Organismus derartige Eingriffe noch auszuhalten imstande erscheint. Allgemein schließt man an diese mit dem scharfen Löffel oder der Kurette vorgenommenen chirurgischen Manipulationen die nachfolgende galvanokaustische Verschorfung des Krankheitsherdes, wenn nicht von vornherein die Behandlung mit dem galvanokaustischen Brenner ausreichend erscheint. Durch die Galvanokaustik wird nicht nur der lokale Erkrankungsherd zerstört, sondern es wird nach allgemeiner Erfahrung eine starke Reizwirkung zur Bindegewebsentwicklung ausgeübt. Auf dieser Erwägung beruht auch das bei flachen Infiltraten mit Erfolg angewendete Verfahren des Tiefenstiches, das sich in der lokalen Kehlkopfbehandlung allgemeine Anerkennung erworben hat. (D. m. W. Nr. 29, 1925.)

Nasenbluten — Elektrokoagulation.

Bei den meisten Fällen von Nasenbluten kommt man mit den üblichen Maßnahmen aus. Man drückt einen mit Kokain-Suprarenin getränkten Tampon auf die blutende Stelle (meist vorderes Septum) und ätzt nach dem so erzielten vorübergehenden Stillstehen der Blutung diese Stelle mit Chromsäure, Ag. nitr., Trichloressigsäure, Liquor ferri sesquichlorati, Ferripyrin und ähnlichen Mitteln; nützt auch dies nichts, so verschorft man die Stelle mit dem Galvanokauter. Daneben kann man Gelatine injizieren oder

Afenil venös geben oder noch Sekalepräparate, Koagulen oder Clauden anwenden. Bei schweren Blutungen muß man natürlich den Flüssigkeitsverlust durch Kochsalz- oder Traubenzuckerinfusion auszugleichen versuchen.

C. Hirsch (Stuttgart) weist darauf hin, daß die Fälle doch nicht so selten sind, in denen man mit diesen Verfahren nicht zum Ziele kommt. Fünf solcher Fälle konnte er in der letzten Zeit beobachten. Nach Versagen aller obigen Maßnahmen half stets prompt die chirurgische Diathermie, das ist die Elektrokoagulation mit einer Stromstärke von 350 bis 400 MA. Diese chirurgische Diathermie wird trotz der vorzüglichen Arbeiten von Nagelschmidt, Kowarschik und anderen noch zu wenig angewandt, vielleicht weil ein einfaches und handliches Instrumentarium dazu fehlt. Verfasser hat ein praktisches Instrumentarium für solche Zwecke konstruiert, das bei der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen hergestellt wird. (Klin. Wschr. Nr. 22. 1925.)

Ohrenkrankheiten und Lebensversicherung.

Auf Grund klinischer und statistischer Erfahrung stellt Prof. Hugo Frey (Wien) folgende Grundsätze auf: Für die Lebensversicherung sind nur die chronischen Mittelohreiterungen von Interesse. Die Läsionen des Innenohrs (mäßige und wahrscheinlich auch hochgradige Hörstörungen) sind belanglos, wenn es sich um abgelaufene Prozesse handelt. So hat die Statistik der Londoner Straßenunfälle ergeben, daß die Zahl der Schwerhörigen unter den Unfallverletzten auch relativ außerordentlich klein ist. Ist die Innenohrläsion Symptom einer Lues, Leukämie, Erkrankung des Zentralnervensystems o. dgl., so ist das Grundleiden viel mehr zu berücksichtigen als das Ohr. Die chronische Otitis media entsteht meist aus der akuten, wenn der normale Ablauf dieser reinen Schleimhauterkrankung aus irgendeinem Grunde gestört ist, so daß die Entzündung auf die knöchernen Teile des Mittelohrs und eventuell auch auf das Labyrinth übergreift. Solche Ursachen sind z. B. besondere Virulenz der Erreger (Scharlach, Typhus, Diphtherie), geschwächte Widerstandskraft des Gewebes, anatomische Dispositionen, primäre oder sekundäre Cholesteatombildung, Nasenrachenraumveränderungen (Muschelhypertrophie, Adenoide, Eiterungen, die durch fortwährende Reinfektion von der Tube aus die Otorrhoe unterhalten). Akute Otitiden sind erst vier bis sechs Wochen nach ihrem Ablauf versicherungsfähig. Chronische Eiterungen und Perforation sind nicht ohne weiteres identisch. Es kann sich um Ausheilung mit trockener Perforation oder nur um eine geringfügige schleimige Sekretion, oder nur in großen Abständen (Monate, selbst Jahre) infolge frischer Infektion wieder auftretende Eiterungen handeln, die wegen der guten Abflußmöglichkeit durch die Perforation meist günstig verlaufen. Solche Fälle erhöhen praktisch die Lebensriske gar nicht. Chronische Eiterungen mit randständigen Perforationen (Shrapnellsche Perforation, Antrumfistel usw.) oder Cholesteatom sind zwar relativ gefährdet, doch ist die absolute Mortalität so gering, daß sie nicht sehr schwer bewertet werden kann. Ebenso sind wegen chronischer Mittelohreiterung Operierte (Radikaloperation, Totalaufmeißelung usw.) zu bewerten, auch wenn sie nicht völlig ausgeheilt sind. Hingegen sind chronische Eiterungen mit Anzeichen von fortschreitenden Knochenprozessen (Fazialislähmung, Labyrinthsymptome, Kopfschmerzen oder dergleichen) abzulehnen oder erst nach erfolgreicher Operation aufzunehmen. Ausgeheilte Fälle von Mastoidoperationen bei akuter Otitis oder deren Komplikationen sind als normal zu betrachten. (M. Kl. Nr. 21, 1925.)

Diagnose.

Die Frühdiagnose der Sarkome

wird nach A. Krecke (München) häufig verfehlt. So wird oft monatelang ein Sa. am Halse als Lympdrüsentbc., ein Sa. des Hodens als Tbc., ein Sa. am oberen Tibiaende als Gelenktbc., ein Oberkiefersarkom als Periostitis, ein Weichteilsarkom als Gumma, ein Sa. des Oberarms als chronische Osteomyelitis behandelt und kostbare Zeit verloren. Bei jedem kleinsten Tumor, mag er sitzen wo er will, der erst vor kurzem entstanden ist und zur Vergrößerung neigt, ist daher an ein malignes Neoplasma zu denken. Dies gilt namentlich von plötzlich wachsenden, zumal pigmentierten Warzen, die sofort und unbedingt exstirpiert werden müssen; ebenso für eine rasch wachsende Drüse am Halse, eine rasch größer werdende umschriebene Knochenschwellung, einen rapid zunehmenden Ovarialtumor, einen schnell wachsenden Kropfknoten, namentlich bei einem älteren Menschen oder wenn gar ausstrahlende Schmerzen, Schluck- oder Atembeschwerden dazukommen. Jeder in den Muskeln oder der Haut auftretende Knoten ist verdächtig. Ein Gumma kann bald ausgeschlossen werden, wenn die WaR negativ ist und die antiluetische Kur in 14 Tagen keinen Erfolg zeigt. Das Röntgenbild erleichtert oft die Frühdiagnose. Die Strahlentherapie oder Injektion von Pepsin-Pregllösung leistet manchmal Vorzügliches, kommt aber nur in inoperablen Fällen in Betracht. (M. m. W. Nr. 17, 1925.)

Die röntgenologische Darstellung der Gallenblase

ist kürzlich den Amerikanern Graham und Cole gelungen. Das Tetrachlorphenolphthalein wird in Amerika schon längere Zeit zur Funktionsprüfung der Leber benützt, da es fast ausschließlich durch die Leber ausgeschieden wird. Wenn man in dieser Verbindung das Chlor durch Brom ersetzt, so bekommt man ein brauchbares Kontrastmittel für die Röntgenologie, mit dem die Amerikaner ausgezeichnete Photographien der Gallenblase erzielten. Kaznelson und Reimann (I. Med. Klinik, Prag) prüften das Verfahren nach. Sie verwendeten das Tetrabromphenolphthalein der Firma Merck (Darmstadt), lösten den Inhalt eines 5-g-Fläschchens dieser Substanz in 80 cm³ bidestilliertem Wasser (später auch ohne Schaden gewöhnlichem Brunnenwasser) und kochten die Lösung nach Filtration im Wasserbade oder auch über offener Flamme 15 Minuten lang. Die Hälfte der Lösung (40 cm³) wird sofort in eine Vene injiziert, die andere Hälfte nach einer halben bis einer Stunde. Die venöse Injektion muß langsam erfolgen, etwa 3 cm³ pro Minute; für jede Injektion braucht man also etwa 14 Minuten. Nebenerscheinungen, wie Kopfschmerzen, Blaßwerden, kommen vor, schwinden aber meist innerhalb zehn Minuten. Herzerkrankungen bilden eine Kontraindikation des Verfahrens. Die Amerikaner photographieren die Gallenblase 4, 8 und 24 Stunden nach der Injektion; die Verfasser fanden, daß eine Platte nach acht bis neun Stunden vollkommen genügt. Der Patient ist nüchtern oder hat nur Tee und etwas Weißbrot zu sich genommen und ißt auch während der acht Stunden nur recht wenig. Man kann die Injektion auch abends vornehmen, nachdem der Patient seit einem leichten Mittagessen nichts genossen hat, und morgens nach 12 bis 16 Stunden photographieren. Bei gesunder Gallenblase wird diese im Röntgenbilde immer vorzüglich sichtbar. Ein unscharfes Bild der Gallenblase oder Fehlen derselben auf der Platte spricht meist für eine Leber-Gallenerkrankung, vielleicht weil die Galle nicht in die Gallenblase einfließen kann, oder weil die kranke Gallenblase den Kontraststoff nicht genügend konzentrieren kann. Weitere Schlüsse kann man aus den bisherigen Erfahrungen der Verfasser nicht ziehen. Die Darstel-

lung von Gallensteinen, die die amerikanischen Autoren beschreiben, gelang den Verfassern bisher nicht. Weiter konnten sie mit der neuen Methode noch eindeutig feststellen, daß der Mechanismus des Wittepeptonreflexes und der Pituitrinwirkung auf einer Kontraktion der Gallenblase beruht. (Klin. Wschr. Nr. 29, 1925.)

Rascher Nachweis von Tbc.-Bazillen im Urin.

Von Lydia Rabinowitsch-Kempner (Bakt. Lab. d. Städt. Krankenhauses Moabit, Berlin).

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Sedimentes kann man sich vor der Verwechslung mit Smegma- und anderen säurefesten Bazillen dadurch schützen, daß man nach dem Färben der Präparate mit Karbolfuchsin unter starker Erhitzung (zwei- bis dreimal Aufkochen) mit Salzsäurealkohol 18 Stunden lang entfärbt. Dem widerstehen nur die viel säurefesteren Tbc.-Bazillen. Auch durch Behandlung des Sedimentes mit Antiformin werden sämtliche tbc.-ähnlichen Bazillen nach 18 Stunden aufgelöst. Sehr wichtig ist es, möglichst große Mengen Harn zu zentrifugieren, indem man die obere helle Schicht immer wieder abgießt und neuen Harn hinzufügt.

Zum Tierversuch eignet sich am besten folgende Methode: Zeigt das aus reichlichen Harnmengen gewonnene Sediment zahlreiche Koli oder Kokken, so wird es zwecks Vermeidung von Mischinfektion oder Phlegmonen erst 10 bis 18 Stunden mit Antiformin behandelt und nachher sorgfältigst mit steriler Na Cl-Lösung ausgewaschen. Die Bauchseite des Meerschweinchens wird rasiert und desinfiziert. Die Impfung erfolgt mit einer feinen Kanüle intrakutan. Eine Hautfalte wird hochgehoben und 0.1 bis höchstens 1.0 cm^3 Sediment wird ganz langsam injiziert, so daß eine erbsen- bis bohnengroße Quaddel entsteht. Die Nadel wird rasch herausgezogen und das Tier noch einige Minuten ruhig gehalten. Ist genügend Sediment vorhanden, so impfe man an zwei bis drei Stellen intrakutan; den Rest kann man noch subkutan injizieren. Auch bei geringem Bazillengehalt entwickelt sich oft schon in sechs bis acht Tagen aus der Quaddel ein Knötchen oder ein tbc. Abszeß, oder eine stark entzündete nekrotische Zone mit einem etwas weicheren Punkt in der Mitte. Sticht man diesen mit einer sterilen Nadel auf, so entleert sich ein Tropfen Eiter, der zahlreiche Tbc.-Bazillen, zum Teil intrazellulär enthält. Die Diagnose kann also unter Umständen schon nach einer Woche gesichert sein. In fünf bis sechs Wochen erliegt das Tier einer allgemeinen Tbc. Selbstverständlich ist diese Methode auch für andere tbc.-verdächtige Sekrete (Punktate) geeignet. (Die Ther. d. Gegenw. H. 5. 1925.)

Aus der Praxis.

(Originalarbeiten.)

Einige Bemerkungen aus der Praxis der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Von Dr. Josef **Urbach**, Wien.

I. Diagnose.

Bei Hautkrankheiten ist die Anamnese — besonders hinsichtlich der Dauer und vermeintlichen Ursache des Leidens — oft geeignet, die

Diagnose zu fördern (z. B. Lupus vulgaris, Lupus erythematodes, artefizielle Ekzeme). Der Praktiker wird von diesem Hilfsmittel, das manchmal fälschlich geringgeschätzt wird, stets mit Erfolg Gebrauch machen. Dagegen ist die den anamnestischen Angaben venerisch Kranker entgegenzubringende Skepsis mit Recht allgemein verbreitet. Man muß da manchmal eine Diagnose trotz der Anamnese machen; denn auch bona fide kann die Unwahrheit gesagt werden.

Die Untersuchung des Kranken soll sich in der Regel stets auf die gesamte Hautoberfläche erstrecken, auch wenn das Leiden ganz peripheren Sitz hat. Die Diagnose wird sehr oft auf diese Weise wesentlich gefördert, andere, gleichzeitig bestehende Erkrankungen werden so aufgedeckt. — Bei Hauterscheinungen, welche diagnostische Schwierigkeiten bereiten, soll man auch an Lues denken. Die Anstellung der Wassermann-, Luetin-, Pirquet- oder Mantoux-Reaktion bietet in vielen Fällen Anhaltspunkte für die Diagnose und sollte stets im Auge behalten werden. Von diagnostischen Einzelheiten sei hervorgehoben: Kopf- und Nackenekzeme, besonders bei Jugendlichen: Achtung auf Pediculi. Desgleichen bei Genitalekzemen. Balanitis, Phimose, Herpes progenitalis: Gleichzeitig bestehende Gonorrhoe, Ulcus molle, Sklerose (die auch eventuell erst im weiteren Verlaufe sich entwickeln kann) nicht übersehen, Prognose zurückhaltend stellen, unter Umständen die Beobachtung erstrecken. Die WaR hilft bekanntlich innerhalb der ersten sechs Wochen nichts zur Diagnose. Analekzeme: manchmal Hämorrhoiden, Würmer, chirurgische Erkrankungen des Mastdarms ätiologisch zu berücksichtigen. Bei Balanitis, Vulvitis, Genitalekzemen oder Pruritus vulvae älterer Leute ist öfters Diabetes die Ursache, und zwar häufiger als bei Furunkulose. Bei Geschlechtskrankheiten ist es wichtig, auf die Untersuchung des Partners (Gatten, eventuell der Familie) zu dringen. Bei älterer Gonorrhoe eventuell wiederholte Untersuchungen ohne und nach Provokation; Frauen auch unmittelbar nach der Menstruation. Jeder Luesfall soll auch in bezug auf Herz, Gefäße, Nervensystem, Sinnesorgane, Harn untersucht werden. Die Einsendung mehrerer Blutproben desselben Patienten an verschiedene Institute zur Anstellung der WaR (oder einer anderen Seroreaktion) empfiehlt sich im allgemeinen nicht, obwohl sie bei manchen Praktikern zur Sicherung (?) der Diagnose bei Lues II oder III beliebt ist; denn bei der verschiedenen Technik, den verschiedenen Extrakten und Methoden einzelner Institute fallen die Resultate notgedrungen manchmal verschieden aus, und hiedurch wird nur Verwirrung gestiftet. Es ist vielmehr am besten, nur ein großes renommiertes, mit sehr großem Material — auch bezüglich der Kontrollsera — arbeitendes Institut zu beschicken. Die Blutentnahme erfolgt mit steriler, dicker Kanüle, die mit physiologischer Kochsalzlösung durchgespritzt wurde.

II. Therapie.

Die Art und Weise der Anwendung der verschiedenen Mittel, Salben, Umschläge, Tropfen usw. muß dem Patienten stets eingehend in einzelnen auseinandergesetzt und erläutert werden, wobei es nicht selten gut ist, sich dies vom Kranken wiederholen zu lassen; sonst erlebt man manchmal seine Wunder, und Fehlschlagen der Behandlung, Verschlimmerung, ja sogar Vergiftung (Arsen) kann die Folge sein, wenn sich der Patient die Sache auf eigene Weise zurechtlegt oder sich von mehr oder weniger kundiger Seite daheim belehren läßt. Einige Beispiele, die zeigen mögen, daß man dem Patienten auch einsagen soll, was er nicht tun darf, mögen hier angeführt werden: Verbot des Waschens bei Ekzemen, Dermatitis,

Impetigo; des Rasierens bei Sykosis, des Eintrocknenlassens feuchter Verbände usw., — Anwendung der Salben gegen Psoriasis nach dem Bade, der Waschung mit Schmierseife, ebenso der Präzipitatsalbe nach Entfernung der Krusten bei Impetigo contagiosa.

Ulcera cruris: stets vorhandene Varizen behandeln. Auffallend ist der Mißbrauch, welcher im Publikum, aber auch manchmal von ärztlicher Seite, mit der vielbeliebten Zinksalbe getrieben wird. Alle möglichen Hautaffektionen findet man damit eingeschmiert, das Krankheitsbild nicht selten dadurch — auch diagnostisch — ungünstig beeinflußt oder unklar gemacht.

Bei der Gonorrhoebehandlung, die selbstverständlich ohne regelmäßige mikroskopische Kontrolle oder Prostatauntersuchung an Wert bedeutend verliert, genaue lokale Untersuchung, um etwa vorhandene paraurethrale Gänge, die eine Ausheilung vereiteln können, und Nischen um die Urethra herum, periurethrale Infiltrate oder z. B. eine zufällig gleichzeitig vorhandene Induratio penis plastica nicht zu übersehen. Verschlimmerungsursachen während der Behandlung sorgfältig nachgehen: z. B. Koitus, Masturbation, Pollutionen, Alkoholgenuß in jeder Form (also auch in Mehlspeisen, Kompotten, Bonbons usw.) und frustrane Erregungen.

Bei der Salvarsaninjektion paravenös eingespritzte Lösung, welche bei sorgfältiger Beobachtung der Injektionsstelle während der Einspritzung höchstens in sehr kleiner Dosis ins Unterhautzellgewebe gerät, läßt sich durch sofortige, reichliche (20 bis 30 g) subkutane Kochsalzumspritzung unschädlich machen. Eine kleine, sich während der Injektion ausbildende Vorwölbung an der Einstichstelle kann, wenn sie nicht schmerzt, von einem Hämatom herrühren. Dann kann man auch versuchen, die Nadel, wenn sie die Venenwand durchstach, etwas zurückzuziehen, um wieder in die Lichtung der Ader zu gelangen, und sie hierauf ein wenig aufwärts, proximal, im Lumen vorzuschieben, wobei stets Blut aspiriert wird, bis man die gefährdete Stelle passiert hat.

Wie bei allen Erkrankungen, ist auch bei den Haut- und Geschlechtskrankheiten eine gewisse Dosis Psychotherapie notwendig, ohne die man auf die Dauer kaum auskommt. Sie ist beispielsweise bei allen langdauernden Dermatosen, wie gewissen Ekzemen, Lichen ruber, Pruritus, Haarausfall, ja sogar bei der Pediculosis manchmal nicht zu umgehen; in letzterem Falle begegnet mitunter schon die Untersuchung hierauf bei Patientinnen großem Mißtrauen, die Mitteilung der Diagnose kann einen Entrüstungssturm zur Folge haben. Diplomatie ist daher in solchen Fällen unbedingt am Platze. Ganz besonders gilt das auch von der Mitteilung der Diagnose „Lues“ an den Patienten. Geradeso wie man in den seltensten Fällen, jemandem ins Gesicht sagen wird: „Sie haben den Magenkrebs“ oder „Sie haben die Lungenschwindsucht“, wird man auch nach entsprechender psychologischer Beurteilung des Patienten, den man vor sich hat, mit der exakten Mitteilung der klinischen Diagnose manchmal zurückhalten, um einem psychischen Schok und noch Ärgerem zu begegnen. Man kann vielmehr auch bei klarer Diagnose mit dem Hinweis auf notwendige mikroskopische oder serologische Untersuchung Zeit gewinnen und dem Kranken die Wahrheit allmählich und schonend beibringen. Auch bei der Mitteilung des Ergebnisses der Wassermannschen Blutuntersuchung ist individualisierende psychische Behandlung nötig. Denn es ist bekannt, daß das Publikum dieser Reaktion vielfach eine über Gebühr große Bedeutung beilegt. Dies gilt z. B. ganz besonders von dem Erfolge antiluetischer Kuren veralteter und kongenitaler Lues (positiver Wassermann bei negativem Liquor).

Auch bei der Syphilis von Ehegatten ist größte Vorsicht hinsichtlich der Mitteilung der Infektionsquelle und der Infektionszeit dem Patienten gegenüber am Platze, soll nicht eine noch so wahre, aber nicht hinlänglich bedachte ärztliche Äußerung zur Zerstörerin einer Ehe werden; ganz abgesehen davon, daß auch der Arzt selbst in Gefahr geraten kann, mit dem Gericht in Konflikt zu kommen.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.[1]

Fragen.

198. Seit einigen Wochen tritt bei mir nach jeder Waschung, insbesondere nach jeder Morgenwaschung, an allen Fingern und der volaren Fläche beider Hände unter Rötung heftiger Juckreiz ein, der bisweilen eine ganz unangenehme Höhe erreicht. Reibe ich nun beide Hände aneinander (was nur schwer zu unterlassen ist), so tritt in den Fingern ein Ödem auf, das zwei bis drei Stunden anhält und dann schwindet. Ein ähnlicher Zustand nach einem Fußbad an den Füßen. Über gleichen Juckreiz klagt auch meine 20jährige Schwester. Diagnose? Therapie?

Dr. L. in B.

199. Bitte um Angaben über die Burri-Färbung.

Dr. M. in S.

200. Wie kann man der Bromakne vorbeugen oder welche Brompräparate bewähren sich in dieser Richtung? Arsen versagt oft vollständig.

Dr. A. B. in B.

201. Ich habe zwei Frauen in Behandlung, 30 und 32 Jahre alt. Die erste hat dreimal geboren, die zweite viermal; gesunde Kinder, Knaben und Mädchen abwechselnd. Sämtliche Kinder sind nach zwei Tagen gestorben (48 bis 54 Stunden Lebensdauer). Anamnese der Frauen: klinisch gesund, WaR negativ, ebenso bei den Ehegatten. Sämtliche Geburten waren Spontangeburten ohne Komplikationen. Auch eine zugezogene Kinderärztin erklärte das eine Kind für vollkommen gesund. Das vorletzte Kind wurde seziert, ohne daß eine einwandfreie Todesursache festzustellen war. Die Kinder waren am ersten Tage alle gesund, schreien, trinken, sind lebhaft, Stuhlgang normal. Nach etwa 40 Stunden Lebensdauer lassen sie sich hängen, werden ruhig, in zwei Fällen Krämpfe und Exitus. Beim letzten Kinde drei Minuten vor dem Tode noch keine Zeichen irgendwelcher Erkrankung. Was kann vorliegen?

Dr. J. in W.

202. Infolge vielen Gehens als Landarzt leide ich an Fersenschmerzen, das heißt es hat sich beiderseits am medialen Rande der Ferse eine priemenförmige Schwiele gebildet, die manchmal stark schmerzt. Kein Senk- oder Plattfuß.

Dr. T. in A.

203. Ein Jahr alte unbehandelte Gonorrhoe. Vor zwei Monaten bei Behandlungsbeginn keine Gonokokken im Harn, dagegen ¼% Eiweiß.

---

[1] Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Raummangels werden nur die Anfragen von allgemeinem Interesse veröffentlicht. Behufs etwaiger brieflicher Beantwortung ersuchen wir daher um Beifügung von Rückporto. Die Red.

Auf Lapisinstillation profuse Gonokokken-Bakteriurie, die in einigen Tagen zurückging, aber seither zweimal rezidivierte. In der Zwischenzeit nur einige Fäden, aber keine Gonokokken. Prostata, Cowperdrüse, auch Sekret ohne Befund. Seit drei Wochen profuse Kolibakteriurie, Gonokokken nicht nachweisbar. Dreigläserprobe: gleiche Trübung; nach vorausgehender Ausspülung Katheterharn rein, hingegen setzen sich im Katheter Flocken ab, die beim Herausziehen wegfließen. — Woher kamen die Gonokokken, woher kommen jetzt die Kolibazillen? Prognose? Therapie? Dr. A. K. in N.

204. Ich übe seit zwölf Jahren Pneumothoraxtherapie und fülle dabei nach den Angaben weil. Prof. Muralts (Davos) immer bis zu positivem Druck nach, so daß die Endschwankungen am Manometer —3 + 3 oder auch mehr betragen. In meiner Abwesenheit wurde einer meiner Patienten von anderer Seite nachgefüllt, und zwar nur bis zu einem Druck von 0 mit der Begründung, daß bei Überdruck Kavernen einreißen könnten. Was ist an dieser Anschauung Wahres? Mir ist bei meinen über 200 Nachfüllungen nie etwas Übles passiert; immer gelang es die Lunge zu inaktivieren und den Patienten zu heilen. Kann wirklich ein so geringer Überdruck wie +3 bis +5 Schaden stiften? Literatur? Dr. O. L. in M.

205. Seit einem Jahr behandle ich einen Fall von seit zweieinhalb Jahren bestehender Analfistel tuberkulöser Ätiologie (Patient hat seit 1919 Lungentbc.). Zwei an einer Universitäts-Klinik ausgeführte Operationen, die zweite mit Diathermie verbunden, blieben erfolglos, ebenso Injektionen von Yatren, Trypaflavin, Jodoformglyzerin und Wismutpaste nach Beil. Was wäre noch zu versuchen, um die stark sezernierende Fistel zu heilen? Dr. K. in R.

206. Was ist das Wesen und die Behandlung der sogenannten „Schneeberger Krankheit", von der die Bergleute in Schneeberg i. Sa. befallen werden? Dr. E. in B.

207. Behandlung mit Impfmalaria, wie sie jetzt nach Wagner-Jauregg mit Erfolg geübt wird, hat bereits Löffler in den Achtzigerjahren unter anderem für Epilepsie empfohlen unter Hinweis auf eine Bemerkung von Hippokrates, daß Fallsüchtige, wenn sie eine Malaria durchmachen, oft von ihrem Krampfleiden befreit werden. Liegen Versuche bei Epilepsie vor? Dr. E. in B.

208. Herztöne und Herzgeräusche sind bei nach links vergrößertem Herzen öfters links hinten, ein- oder abwärts des Schulterblattes hörbar, nicht nur bei Aneurysma. Das vergrößerte Herz liegt dem Rücken näher als sonst. Kann obiges Zeichen unbedingt für Annahme von Herzvergrößerung (wenn kein Aneurysma vorliegt) verwendet werden? Es scheint wenig beachtet, ist aber bequem festzustellen. Dr. E. in B.

209. 24jähriges Mädchen erkrankte im Februar dieses Jahres an fieberhafter Darmaffektion, welche dann durch Agglutinationsprobe als Dysenterie (Shiga-Kruse) festgestellt wurde. Die Krankheitserscheinungen schwanden in einigen Tagen. Doch besteht seither, somit seit fünf Monaten, Temperaturerhöhung. Die Temperatur steigt mittags und nachmittags auf 37.6 bis 37.8 und beträgt früh und abends unter oder um 37.0. Tbc. physikalisch und röntgenologisch ausgeschlossen. Pirquet negativ. Eingehende, auch serologische Untersuchungen nach allen Richtungen klärten das Fieber nicht auf. Nur Vermehrung der Lymphozyten auf 47% wurde festgestellt. Appetit, Schlaf und subjektives Befinden bis auf seelische Depression wegen des Fiebers und Schwächegefühls gut. Agglutination auf Dysenterie jetzt negativ. Alle therapeutischen

Versuche bisher erfolglos. Diagnose? Therapie? — Wo kann man sich über Vagotonie orientieren? Dr. K. E. in O.

210. Weiß jemand etwas über die Vitalkur Offermanns? Sie wurde von einem Patienten vorgeschlagen, der an Nierensteinen (Grießniere) leidet und schon viele fruchtlose Kuren durchgemacht hat. Dr. P. in S.

211. Vor einigen Jahren wurde eine Alizarinprobe des Urinsedimentes publiziert; bei normaler Nierenfunktion sollen sich bei Alizarinzufügung gewisse Schollen finden. Bitte um nähere Angaben. Dr. H. K. in E.

212. Vor drei Jahren erwachte meine Frau mit Erstickungsgefühl (Gefühl eines Fremdkörpers im Halse). Die Inspektion ergab eine ödematöse Schwellung der Uvula. Nach vier Wochen trat Schwellung des rechten Oberlides auf; die Erscheinungen schwanden dann. Jetzt wiederholt sich diese Schwellung der Uvula seit vier Wochen schon zum dritten Male. Sie tritt gleich nach der Entbindung, während des Stillens und in der Nacht auf. Diagnose? Therapie? Dr. W. in K.

213. Welches Expektorans kann als wirklich wirksam empfohlen werden? Dr. A. F. in M.

214. Ein Arzt im Badischen hat bei Unterschenkelgeschwüren einen sehr schönen Erfolg erzielt durch dreimalige Impfung am Arm in der Art des Ponndorfschen Verfahrens (oberflächliche Ritzungen). Ist das Verfahren bekannt? Dr. W. W. in R.

215. Ein Geschäftsreisender erlitt durch Sturz auf Ascheweg Hautabschürfungen an Nase, Oberlippe und Kinn, wo dunkelblaue Verfärbungen zurückgeblieben sind, ähnlich den charakteristischen Spuren von Verletzungen bei Bergleuten durch herabfallende Kohle. Patient wünscht lebhaft Beseitigung, da er für einen Bergmann gehalten wird und dadurch berufliche Mißerfolge hat. Welche Behandlung ist bei geringer Berufsstörung die sicherste? Dr. D. in D.

216. Ich leide seit längerer Zeit an Hyperazidität mit lästigem Sodbrennen und machte die Beobachtung, daß das Sodbrennen durch linke Seitenlage beinahe sofort zum Schwinden gebracht oder auffallend gemildert wird. Versuche in ähnlichen Fällen meiner Praxis ergaben dasselbe Resultat. Ist diese Erscheinung bekannt und wie ist sie zu erklären? Dr. Z. R. in Z.

217. 26jähriger Patient erlitt vor drei Monaten einen Autounfall; Parese des Mastdarmes, der Blase und Beine (Hämatorrhachis) und rechtsseitige Ischias. Die Paresen schwinden langsam, jedoch bleiben Kreuzschmerzen zurück, geringes Nachträufeln und rechtsseitige Ischias. Deshalb epidurale Injektion von 1‰ Beta-Eukainlösung; am vierten Tage danach Exitus. Obduktion ergibt spinale Meningitis. Lösung im bakteriologischen Institut als steril befunden. Wie ist der Fall zu erklären? Kann die alte Blutung um das Rückenmark ein latenter Infektionsherd gewesen und durch die Einspritzung zum Aufflackern gebracht sein? Dr. B. in R.

218. 31jähriger Arbeiter erkrankte plötzlich um 2 Uhr nachts mit starken Halsschmerzen, die in die Wangengegend ausstrahlten. Inspektion ergibt hochgradiges Ödem des weichen Gaumens, besonders der Uvula, keinen Belag, kein Fieber. Nach drei Stunden ist das Ödem geschwunden und besteht nur Rötung des Rachens und Gaumens; 36 Stunden später Diphtheriebelag der Tonsillengegend und des Zäpfchens. Temperatur 38. Auf Diphtherieserum (4000 IE) Heilung in acht Tagen. Ist die Erscheinung von hochgradigem Ödem des weichen Gaumens im Beginne von Diphtherie schon häufiger beobachtet worden? Dr. H. in M.

219. Wegen Abriß eines Zehennagels injizierte ich einem Manne am Oberschenkel der nicht verletzten Extremität subkutan 20 Einheiten Tetanusserum prophylaktisch. Nach einer Stunde trat ein Ziehen an der Injektionsstelle auf, das sich in drei Stunden zu fürchterlichen Schmerzen steigerte unter Fieber (38°), Zähneknirschen und zeitweiligen Zuckungen in allen Extremitäten. Das injizierte Bein konnte nicht bewegt werden, und die Beweglichkeit trat erst nach zwei Tagen wieder ein. Kein Exanthem. Ich fürchte mich nun, in Zukunft Tetanusserum einzuspritzen.

Dr. F. P. in S.

Antworten.

Treppensteigen. Schon die verschiedenen empfohlenen Methoden zeigen, wie sehr das Treppensteigen — besonders in vorgerückterem Alter — als wirkliche crux medicorum empfunden wird. Eventuelle Erleichterungen mitzuteilen, scheint kollegiale Pflicht. Ich versuchte es mit einer Methode. die Oertel für seine Terrainkur angegeben hat. Was einem kranken Herzen wohltut, kann auch dem gesunden nicht schädlich sein. Also: beim Aufsetzen des Fußes auf die Stufe kräftig und hörbar ausatmen, dann rasch einatmen, damit man in dem Momente, wo der andere Fuß die nächste Stufe betritt, wieder kräftig ausatmen kann und so fort. Mit ein wenig Aufmerksamkeit ist man bald eingeübt und wird mit Erstaunen sehen, daß man vier bis fünf Stockwerke mit Leichtigkeit absolviert, ohne Lufthunger, ohne Pulsbeschleunigung. Das Treppensteigen wird förmlich zu einer Herz- und Lungengymnastik. Auch für das Bergsteigen hat sich mir diese Methode glänzend bewährt. Wer die geringe Mühe des Nachprüfens nicht scheut, wird reichliche Entschädigung finden.

Dr. J. **Reval**, Budapest.

Ad 63. Parametrienabklemmung nach Henkel. Außer in „Zschr. f. Gebh. Bd. 88, H. 3" („Ars Medici" 1925, S. 412) beschreibt Henkel seine Parametrienabklemmung auch noch (kürzer und für den Praktiker berechnet) in D. m. W. 1925, Nr. 28, S. 1039.

Medizinisch-literarische Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 84. Zungenschmerzen. Behufs einer ätiologischen Diagnose empfiehlt sich folgender Untersuchungsmodus: Es ist vor allem auf stomatogene Ursachen zu fahnden, wie etwa auf ein schlecht passendes Gebiß, auf kranke Zähne, ferner auf eine Fissur, ein Geschwürchen oder eine lokale Entzündung der Zunge. Es sind ferner die submaxillaren Drüsen auf das Vorhandensein einer eventuellen Anschwellung zu untersuchen. Da bei perniziöser Anämie als wichtiges Frühsymptom zeitweise Schmerzen beim Genuß gewürzter oder heißer Speisen auftreten (Hunters Glossitis), ist für die Diagnose derselben eine Milzschwellung, der Blutbefund sowie Netzhautblutungen heranzuziehen. Erst nach Ausschließung der angeführten Ursachen kommt eine Zungenneuralgie in Betracht. In der Literatur wird auf die außerordentliche Seltenheit isolierter Neuralgien des Nervus lingualis hingewiesen. In typischen Fällen äußert sich dieselbe als Schmerz in einer Zungenhälfte mit häufig einseitigem Zungenbelag, zuweilen mit vermehrter Speichelabsonderung. Bei der Zungenneuralgie kommen ätiologisch Schrumpfniere, Diabetes mellitus, ferner Neurasthenie, Hysterie und klimakterische Beschwerden in Betracht. Die Schmerzlokalisation bei letzteren Affektionen ist eine atypische. Als Ursache einer Neuralgie der Zunge wird auf Grund neuerer therapeutischer Erfolge mit einer systematischen Abführkur eine habituelle Obstipation angesehen.

Dr. E. **Kapelusch**, Wien.

Ad 129. Die Schmerzen nach Herpes zoster lassen sich mit Sicherheit durch die Corneliussche Nervenpunktmassage beseitigen.

San.-Rat Dr. **Steinthal**, Berlin-Wilmersdorf.

Ad 130. Pupillenstarre kann man heute sehr oft nach durchgemachter Kopfgrippe (Enzephalitis) beobachten. Man muß also heute bei Pupillenstarre außer an Lues auch an die Folgen einer Enzephalitis denken.

Dr. **Wild**, Sered.

Ad 138. Bei bösartigen Hodentumoren mit Metastasen sind spontane Heilungen beobachtet worden. In solchen Fällen handelte es sich um Chorionepithelioma oder Pseudochorionepithelioma testis. Von Röntgenbestrahlungen kann man eben bei Hodentumoren noch manches erwarten.

Dr. **Wild**, Sered.

Ad 139. Schmerzen in der Nierengegend. Die Lokalisation der Schmerzen und die Druckempfindlichkeit, dann der „ziehende Schmerz entlang dem Harnleiter in den Hoden und Samenstrang" sprechen für Nephrolithiatis. Die sorgsame Harnbeobachtung und eventuell die Pyelographie könnten die Entscheidung bringen. Dr. **Wild**, Sered.

Ad 150. Keuchhusten. Angesichts der eklatanten Wirkung des Diphtherieserums in der Richtung erhöhter Schleimhauttätigkeit und der Lockerung von Transsudaten lag es nahe, das Serum bei analogen und ähnlichen Schleimhauterkrankungen der Bronchien, speziell bei Keuchhusten, zu verwenden. Der Erfolg bestätigte die theoretische Erwägung, selbst bei Säuglingen, durch promptes und unmittelbares Einsetzen der Heilung, so daß über den Zusammenhang kein Zweifel bestehen kann. Die Bedingungen und Vorsichtsmaßregeln sind hier dieselben wie bei der Diphtherie. Es ist bei Keuchhusten das gegebene Mittel. Für Nachprüfung wäre ich dankbar. Dr. M. **Perlsee**, Leitmeritz.

Ad 162. Methylenblau-Kapseln werden fabriziert (in drei Stärken) bei Vial & Uhlmann in Frankfurt a. M. Ich lernte sie kennen in dem Doktor Holländerschen Ambulatorium in Hamburg. Ich muß aber davor warnen; nur in den leichtesten Fällen kommt man damit aus; bei längerem Gebrauch werden die Nieren gereizt. Dr. H. **Lepa**, Königsberg.

Ad 169. Glykosurie und Koprostase. Den Fall kann man sich so erklären, daß einerseits durch Stauung der Ingesta eine bessere Ausnützung und Aufsaugung der Kohlehydrate für eine „alimentäre Glykosurie" herbeigeführt wurde, anderseits durch das Karzinom eine Anomalie des Kohlehydratstoffwechsels zustande gekommen ist (solches wurde schon beobachtet) und die Kohlehydrattoleranz erniedrigt wurde.

Dr. **Wild**, Sered.

Ad 171. Buch über Magendarmkrankheiten. Als bestes Kompendium für den Praktiker rate ich Ihnen zu Cohnheims: „Die Krankheiten des Verdauungskanals", Verlag von S. Karger, Berlin. Sie finden darin alles, was Sie in der Praxis benötigen, in überaus klarer und übersichtlicher Form.

Dr. O. **Leonhard**, Mühlbach (Siebenbürgen).

Ad 171. Lehrbücher über Magen-Darmkrankheiten: W. Wolff, Taschenbuch der Magen-Darmkrankheiten, 2. Aufl., Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1920. — Zweig, Lehrbuch der Magen- und Darmkrankheiten. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1923. — Boas, Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 8. und 9. Aufl.. G. Thieme, Leipzig 1925 (soeben erschienen)

Medizinisch-literarische Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 175. Erbrechen bei Kyphoskoliose. Bei Ihrem Falle handelt es sich um eine Stauungsgastritis, welche in erster Reihe durch zirkulationsfördernde Mittel zu bekämpfen ist. Ich rate Ihnen Digalen in Mikro-

klismen zu geben, dann Coffein. natr.-benz. 0.1, Chinin. mur. 0.2 in caps. amyl. — S. Vier Kapseln täglich. Diät abwechselnd Fruchtsäfte, zwei bis drei Erdäpfel mit Butter (ohne Salz), rohe Milch. Dr. **Wild,** Sered.

Ad 179. Haarausfall. Nur von Rotlicht (nicht Höhensonne) sah ich Erfolg. In dem jugendlichen Alter wäre auch die Steinachsche Operation (Unterbindung des Nebenhodens, natürlich nur einseitig) zu empfehlen

Dr. H. **Lepa,** Königsberg.

Ad 180. Neuere Literatur über Homöopathie, Biochemie, Augendiagnose usw. Bier, Wie sollen wir uns zur Homöopathie stellen? M. m. W. 1925, Nr. 18, S. 713 u. Nr. 19, S. 773. — Friedländer, Irrungen und Wandlungen. M. m. W. 1925, Nr. 22, S. 906. — Handovsky, Bemerkungen zu dem Artikel von St. K. Mayer. Kl. W. 1925, Nr. 34, S. 1650. — Harnack, Die moderne Homöopathie in ihrer letzten Selbstoffenbarung. D. m. W. 1925, Nr. 25, S. 1039 u. Nr. 26, S. 1082. — Helm O., Die homöopathischen Prinzipien (historische Entwicklung, Wesen u. Kritik). Diss Marburg 1923 (Lit.) — Heubner, Zur Frage der Homöopathie. M. m. W. 1925, Nr. 23, S. 931. — Heubner, Affekt und Logik in der Homöopathie. Kl. W. 1925, Nr. 29, S. 1385 u. Nr. 30, S. 1433. — Honigmann, Homöopathie und Medizin. M. Kl. 1925, Nr. 33, S. 1252 u. Nr. 34, S. 1287. — Klemperer. Wie sollen wir uns zur Homöopathie stellen? Ther. d. Gegenw. 1925, H. 6, S. 326 u. H. 8, S. 418. — Leisegang, Anthroposophie und Medizin. Zschr. f. ärztl. Fortb. 1925, Nr. 9, S. 281 (Lit.). — Matthes, Über Biochemie u. die sogenannten biochemischen Heilmethoden. Zschr. f. ärztl. Fortb. 1925, Nr. 9, S. 257. — Mayer, St. K., Die Arndt-Schulzsche Regel. Kl. W. 1925, Nr. 34, S. 1649. — Müller, E., Kurpfuscherei und ärztliches Sektierertum. Zschr. f. ärztl. Fortb. 1923, Nr. 16—18 u. 1925, Nr. 13, S. 408. — Müller, E., Die Homöotherapie. D. m. W. 1925, Nr. 29, S. 1206 u. Nr. 30, S. 1246 (Lit.). — Rietschel, Sollen wir uns wie Bier zu der Homöopathie stellen? D. m. W. 1925, Nr. 27, S. 1124. — Schleich, Die Augendiagnose. Med. Korr.-Bl. f. Württemb. 1923, Bd. 93, S. 139. — Schleich, Nochmals die Augendiagnose. Med. Korr.-Bl. f. Württemb. 1925, Bd. 95, S. 141 (Lit.). — Schulz, Hugo, Meine Stellung zur Homöopathie. Ärztl. Rdsch. 1925, Jahrg. 35, Nr. 7, S. 117 u. Nr. 8, S. 133. — Seligmann, Wie sollen wir uns zur Homöopathie stellen? M. m. W. 1925, Nr. 34, S. 1425. — Sueßmann, Zur Behandlung innerer Krankheiten mit homöopathischen Schwefelgaben. M. m. W. 1925, Nr. 34, S. 1425. — Traube, Kolloidchemische Betrachtungen über Probleme der Homöopathie. M. m. W. 1925, Nr. 34, S. 1422. — Wachtel, K., Laienärzte und Schulmedizin. Leipzig 1923, C. Kabitzsch (130 S. u. Lit.). — Wapler, Was muß der Mediziner von der Homöopathie und ihren ärztlichen Vertretern wissen, um selbständig urteilen zu können? Ärztl. Mitt. 1925, Nr. 32, S. 905. — Will, Die Gefahren der Komplexhomöopathie für den praktischen Arzt. Ärztl. Rdsch. 1925, Jahrg. 35, Nr. 7, S. 120.

Medizinisch-literarische Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 180. Zum Studium der Biochemie als Mineralsalzionentherapie empfehle ich den Leitfaden von Feichtinger (Verlag W. Schwabe in Leipzig, Mark 11). In zweiter Linie kommt erst Schüsslers „Abgekürzte Therapie" in Frage. — Durch den „Stich ins Wespennest", wie Bier seine Ausführungen in der Münchn. m. W. selbst bezeichnet, ist das Interesse der Kollegen neuerdings für die Homöopathie wieder geweckt worden. Die Biochemie, die jüngere Stiefschwester der Homöopathie, zählt heute in Deutschland schon mehr Anhänger als die Lehre Hahnemanns. Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß die Erfolge die Ursache für die Verbreitung sind. Die Heilweise erfordert eine vollkommene Um-

stellung vom Arzte. 1. Die Diagnosestellung beschäftigt sich weniger mit der Frage: Woran ist das Organ oder der Organismus erkrankt? Wir fragen vielmehr: Welche innere Vorbedingung hat das Eintreten der Erkrankung ermöglicht oder begünstigt? Danach wählen wir unter den elf Mitteln dasjenige oder diejenigen aus, die wir in diesem Falle als Defertsalze ansprechen. Diese geben wir, meist perlingual, bei chronischen Krankheiten seltener, bei akuten bis zu zwölf Malen in der Stunde als Reizmittel, nicht als Heilmittel an sich. Dabei bekämpfen wir z. B. nicht den Spaltpilzerreger, sondern wir sind bestrebt, den Organismus auf den Status quo ante zurückzubringen, in dem er von sich aus mit dem fremden Eindringling fertig wird. Auch die Behandlung von Stoffwechselkrankheiten gestaltet sich grundsätzlich dankbarer bei biochemischer Behandlung. Die zuerst häufig beobachtete Verschlimmerung nehmen die Patienten gern in Kauf; sie darf in den ersten Wochen kein Grund für den Arzt sein, die Therapie zu wechseln. Damit berühren wir den zweiten Punkt, der eine Umstellung erfordert. Es ist ein oft atypischer Verlauf der Krankheiten bei biochemischer Behandlung. Der Kranke muß noch über, wenn auch geringe Energiereserven verfügen. Die meist einsetzende Erstverschlimmerung, das Mobilmachen der Abwehrkräfte übersteht nur der Organismus, der noch nicht ganz „ausgepumpt" ist.

Dr. P. **Möbius**, Rostock.

Ad 182. Blasenstörungen bei Tabes reagieren manchmal recht gut auf intravenöse Urotropin-Einspritzungen (40%ige sterile Urotropin-Lösung-Schering, Ampullen zu je 5 cm^3). Dr. **Seige**, Bad Liebenstein.

Ad 184. Mäusekarzinom. Die Arbeiten über die Behandlung des Mäusekarzinoms dürften am besten in den „Berichten über die gesamte Physiologie und experimentelle Pharmakologie", Berlin, Verlag Springer, nachzuschlagen sein. Prof. Dr. E. **Pribram**, Wien.

Ad 184. Die grundlegende Arbeit Wassermanns über die Behandlung des Mäusekarzinoms mit Selen, Tellur usw. ist: Wassermann „Chemotherapeutische Versuche an tumorkranken Tieren", B. kl. W. 1912, Nr. 1, S. 4 (Disk.: ib. S. 130 u. 222).

Medizinisch-literarische Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 185. Rezidivierende Schmerzen an den Füßen. Die geschilderten rheumatoiden, schmerzhaften Anschwellungen sind als eine atypische Form lentiszierender Gicht aufzufassen und ursächlich auf temporäre Stoffwechselstörungen zurückzuführen. Uratretentionen an den Prädilektionsstellen, wie Achillessehne, Kniegelenkskapsel, provozieren pathognomonisch reaktive Veränderungen und neuritische Affektionen. Nach übermäßigem Alkoholgenuß, purinreichen Fleischspeisen können mannigfache Zustandsbilder der harnsauren Diathese bei hierzu konstitutionell disponierten Personen auftreten. Die gebrauchten heißen Dunstumschläge hatten eine günstige Reaktion an den empfindlichen Uratablagerungsstellen bewirkt, gleichwie überhaupt thermische hyperämisierende Mittel eine erhebliche Mobilisierung der in den Geweben haftenden Urate und fördernde Eliminierung derselben zu bewirken vermögen. Aus diesem wichtigsten Grunde werden die altbewährten Schwefelthermen, die radioaktiven Kuren in Gastein und Joachimsthal, Wärmestrahlen (Sollux) zwecks Erzeugung intensiver Hyperämie nebst alkalischen Trinkkuren und Diätregime zur Hintanhaltung der Bildung konzentrierter Harnsäure im Organismus angeordnet. Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Czernowitz.

Ad 186. Süße Geschmacksempfindung. Da es sich bei einem 60jährigen Kirchendiener wohl kaum um Hysterie handeln dürfte, da auch keine Angaben vorliegen, die auf eine traumatische Neurose oder auf eine

Fazialisparese hindeuten, da endlich trotz des vorausgegangenen leichten Alkoholismus jeder Hinweis auf eine etwaige Psychose fehlt, so muß man im vorliegenden Falle an eine zentrale Ursache denken. Am wahrscheinlichsten dürfte es sich um eine Veränderung im hinteren Abschnitte der inneren Kapsel, und zwar arteriosklerotischer Natur, handeln. In diesem Falle ist die Prognose recht ungünstig, zumal es noch häufig zu schweren Depressionszuständen kommt. Nervina und Opiate bringen eine leichte und vorübergehende Besserung. Ich selbst bekam vor vier Jahren einen derartigen 64jährigen akademisch gebildeten Patienten zur Behandlung. Sein Zustand trotzte die ganzen Jahre über jeder Therapie. Vor wenigen Monaten beging Patient Selbstmord.

Med.-Rat Dr. Ludwig **Stein,** Wien.

Ad 188. Barzarin (Extr. fl. Paoferro), drei Kaffeelöffel täglich in einem Weinglase Wasser, hat sich mir als Antidiabetikum sehr gut bewährt. Der Harn ist schon nach Verbrauch einer Flasche zuckerfrei geworden. Die Toleranz für Kohlehydrate ist gestiegen und schließlich blieben die Patienten nach Verbrauch von drei bis fünf Flaschen auch ohne das Medikament zuckerfrei. Bezugsquelle Dr. Fr. Stohrs Apotheke, Wien II., Schiffamtsgasse 13. Med.-Rat Dr. H. **Beer,** Wien.

Ad 189. Die echten Aphthenulzera — nicht zu verwechseln mit den Ulcera follicularia muc. oris, jenen etwa bis linsengroßen, wunden, seichten Geschwürchen an der Mundschleimhaut, charakterisiert durch den silberweißen Belag inmitten eines breiten Entzündungshofes, die an die Schleimhautfollikel gebunden sind und Zeichen einer akuten Störung im Bereiche des Verdauungstraktus darstellen —, die echten aphthösen Geschwüre also sind eine verhältnismäßig seltene Affektion; sie tritt zumeist familiär auf, öfter bei Frauen als bei Männern, beginnt bereits in der Kindheit, um sich im späteren Lebensalter allmählich zu verlieren. Bei einzelnen Individuen treten die Geschwüre in so großer Zahl und Größe auf und rezidivieren so häufig, daß sie wegen ihrer Schmerzhaftigkeit, namentlich beim Kauakt, ein äußerst unangenehmes Leiden darstellen. Sie zeigen große Ähnlichkeit mit syphilitischen Ulzerationen, von denen sie sich durch das Fehlen der Spirochaeta pallida und die negative WaR und die Unbeeinflußbarkeit durch die antiluetische Behandlung unterscheiden. Sie entstehen, wie ich in meiner diesbezüglichen Arbeit (Ulc. neurot. muc. oris im Arch. f. D. u. Sy.) ausführlich beschrieben habe, aus kleinen submukösen Knötchen, die dann oberflächlich zerfallen; es sind also sekundäre Ulzerationen ohne charakteristischen Bakterienbefund. Mit Rücksicht darauf, daß die Träger meist hochgradig neuropatisch belastet sind, und daß sich die Rezidive bei Verschlechterung des nervösen Allgemeinbefindens in besonderem Maße einzustellen pflegen, sah ich mich veranlaßt, an eine nervöse Ursache (Angioneurose im Sinne K r e i b i c h s) zu denken und sie als „angioneutorisch bedingte gangränose Schleimhautgeschwüre“ aufzufassen — analog der angioneurotischen Hautgangrän K r e i b i c h s, und sie dementsprechend als „Ulcera neurotica muc. oris“ zu bezeichnen. Charakteristisch für diese Ulzeration ist deren schlechte Beeinflußbarkeit durch lokale Therapie — erklärlich durch ihre Genese. Adstringentien (Argent., Ca, Hg usw.) sind ohne Wirkung, Anästhetika bei großen Beschwerden, namentlich vor dem Essen, oft nötig. Dagegen scheint nach meiner Beobachtung Besserung des nervösen Allgemeinbefindens (leichte Kaltwasserkur, Mastkur usw.) die Zahl der Rezidiven günstig zu beeinflussen. Dr. **Löblowitz,** Facharzt f. **Hautkr., Olmütz.**

Ad 189. Es handelt sich wohl um „chronisch-rezidivierenden Aphthen“ (Miculicz). Ich sah von intensiven Ätzungen keinen Erfolg, hingegen bewährte sich mir die Behandlung der Aphthen nach A l b u : Oftmals am

Tage mit einer Lösung von einer Messerspitze Natr. bicarb. auf ein Glas lauwarmen Wassers spülen. Unmittelbar danach mit lauwarmer 2%iger Borsäurelösung nachspülen. Morgens und abends die Aphthen mit 3% Borax-Glyzerin-Lösung pinseln (weicher Haarpinsel).

Dr. **Seige**, Bad Liebenstein.

Ad 192. Die Literatur über Statistik der Sterblichkeit durch Krebs und die Bekämpfung derselben in den europäischen Staaten, in Amerika, Japan, Indien ist zerstreut in den verschiedensten Zeitschriften. Reiches Material findet sich in J. Wolff, „Die Lehre v. d. Krebskrankheit", Bd. 3. Abt. 1 (Statistik). Jena 1913. Verlag G. Fischer. — Neuere Arbeiten sind: Berencsy und Wolff, „Über die Verbreitung des Karzinoms auf Grund von 19.908 Sektionen des St. Stephans-Spitales in Budapest", Ztschr. f. Krebsforschung 1924, Bd. 21, H. 2, S. 109 bis 118. — Deelmam, Le cancer à Amsterdam de 1910 bis 1923. Bull. de l'ass. franc. pour l'étude du cancer 1923, Bd. 12, S 438 bis 443. — Gade, „Die neue Krebsstatistik. Krebsmortalität in Norwegen", Norsk. mag. d. laegevidensk. 1923, Jhrg. 84, S. 1053 bis 1058. — Howard, „Der Verlauf der Sterblichkeit an Krebs in Baltimore", Journ. of the amer. med. ass. 1923, Bd. 80, Nr. 2. — Jeanneny, „La Lutte contre le cancer en Belgique", Arch. d'lectr. méd. 1924. Jhrg. 32, Nr. 496, S. 5 bis 15. — Peller, „Die Krebsfrequenz und die Frage der Krebszunahme", Ztschr. f. Krebsforschung 1925, Bd. 22, H. 4. S. 317 bis 358 (Wien, England, Italien, Amerika, Paris, Berlin). — Rabello. „Sur la prophylaxie du cancer du Brésil", Bull. de l'ass. franc. pour. l'étude du cancer 1923, Bd. 12, S. 463 bis 466. — Außerdem noch viele andere Arbeiten. **Medizinisch-literar. Zentralstelle,** Berlin W 15.

Ad 194. Pockenimpfung und Keuchhusten. Im Jahre 1907 habe ich anläßlich des Auftretens mehrerer Blatternfälle und demnach erfolgter Aufforderung zur Revakzination an die Kollegen ein Rundschreiben gesandt, um bezüglich der Dauer der Immunität nach Revakzinationen, hauptsächlich in Hinsicht auf das Alter der Impfperson, ferner der Art der Reaktion, der Zeit des Auftretens derselben, des Einflusses konstitutioneller Erkrankungen, des Einflusses auf Organleiden, Infektionen, Haut-, Nervenzustände usw. Erhebungen zu pflegen. Sehr viele Kollegen antworteten, so daß ich über zirka 300.000 Revakzinationen (auch betreffs anderer Zeiten und anderer Orte) Kunde erhielt. Auffallend war nun, wie oft ein günstiger Einfluß der Revakzination auf den Verlauf der Pertussis hervorgehoben wurde. Seitdem habe ich schon einige Male über dieselben Beobachtungen von anderen Kollegen gelesen. Es handelt sich hiebei jedenfalls um Reizkörpertherapie, wenn auch ein Einfluß der Revakzination auf chronische Geisteskrankheiten nicht beobachtet wurde. Eine Überprüfung ist sowohl für die praktische Verwertbarkeit als auch betreffs Förderung der Theorie der Reizkörpertherapie notwendig. Schwierig zu erklären ist nur der scheinbar prophylaktische Einfluß. Prof. Dr. E. **Fronz,** Wien.

Ad 195. Literatur über Blutdruck und Blutdruckmessung: Hoffmann A., „Über Hypertonie", Jhrsk. f. ärztl. Fortb. 1922, H. 2, S. 17 bis 30 (Lit.). — Bergmann, „Die Blutdruckkrankheit als Problem". Jhrsk. f. ärztl. Fortb. 1924, H. 2, S. 22 bis 34 (Lit.). — Müller Fr., „Die Bedeutung des Blutdrucks f. d. prakt. Arzt." M. m. W. 1923, Nr. 1, S. 1. — Brugsch-Schittenhelm, „Klinische Laboratoriumstechnik", Bd. 1. Urban & Schwarzenberg, Berlin—Wien. Müller O., „Der arter. Blutdruck und seine Messung beim Menschen", Ergebn. d. inn. Med. 1918. Bd. 2. S. 366 bis 417 (Lit.). — Sahli, „Über die Messung des arter. Blutdrucks beim Menschen", Ergebn. d. inn. Med. 1923, Bd. 24, S. 73 bis 90 (Lit.). **Medizinisch-literar. Zentralstelle,** Berlin W 15.

Ad 196. Die elektrotonische Reaktion nach Abrams. Abrams war Arzt in San-Franzisko und starb vor etwa einem Jahre. Er behauptete, mit seinen komplizierten Apparaten elektrotonische Wellen zu erzeugen, welche die Perkussionsverhältnisse des Bauches derart beeinflussen sollen, daß er den Krebs, die Tuberkulose, die Syphilis schon im Anfangsstadium konstatieren könne, viel früher als die „orthodoxe" Schulmedizin. Aus einem Tropfen Blut konstatierte er die „elektrotonische Diagnose" einer ganzen Lebensgeschichte. 3500 amerikanische Ärzte befaßten sich mit dieser Methode. Einige Tropfen des Patientenblutes kommen auf ein Stückchen Löschpapier. Dieses Papier wird in einen Rheostat gelegt, von welchem verschiedene Drähte zu einem „Subjekt" führen. Dieses Subjekt ist ein gesundes Individuum und Angestellter des betreffenden Institutes. Er wird am Bauche oder am Rücken perkutiert und die darauf eintretenden Bewegungen an den mysteriösen elektrischen Apparaten sollen die Diagnose des eventuell abwesenden, blutspendenden Patienten feststellen. Laut einem Berichte des „Scientific Americain" soll sowohl die sogenannte elektrotonische Reaktion als auch deren diagnostischer und therapeutischer Wert von einer Kommission überprüft und im besten Falle als Illusion, im schlimmsten als ungeheurer Schwindel befunden worden sein. Es ist ein Zeichen der Zeit, daß auch ernste Männer sich mit derartigen Dingen befassen Oberstabsarzt a. D. Dr. **Egyed,** Brasov.

Ad 197. Eiweißmilch nach Finkelstein kann folgendermaßen hergestellt werden: 1 l rohe (ungekochte) Vollmilch wird mit einem Eßlöffel Labessenz zum Gerinnen gebracht. Nach einer halben Stunde wird die geronnene Milch in ein Seihtuch geschüttet. Ohne Pressen läßt man die Molke abtropfen (Dauer mehrere Stunden). Der im Seihtuch zurückgebliebene Käse wird auf ein feines Haarsieb getan und unter langsamem Zugießen von ½ l Wasser (abgekocht) vier- bis fünfmal durch das Haarsieb gestrichen, solange, bis eine ganz homogene Flüssigkeit entstanden ist. Diese Aufschwemmung wird mit ½ l Buttermilch auf 1 l aufgefüllt (Resultat 1 l Eiweißmilch) und unter ständigem Rühren und Schlagen (Schaumschläger) aufgekocht. Man erhält so eine fertige nicht mehr zu verdünnende Eiweißmilch, und man muß dann noch Kohlehydrate entsprechend der benötigten Menge beifügen (3 bis 7%). — Diese Herstellung ist sehr umständlich, und da heute auch zum Teil mit noch stärker konzentrierten Mischungen gearbeitet wird (vgl. Bessau „Ars Medici" 1925, S. 340, Finkelstein „Ars Medici" 1925, S. 394), so ist die in Büchsen käufliche dreifach konzentrierte Eiweißmilch der Töpferschen Trockenmilchwerke in Böhlen (Amtshauptmannschaft Leipzig, Sachsen) doch vorzuziehen. Mit Hilfe dieser Dosen Eiweißmilch läßt sich jede Konzentration herstellen (nach Bessau zwei Teile Eiweißmilch, einen Teil Wasser, Finkelstein einen Teil Eiweißmilch, einen Teil Wasser) unter entsprechendem Kohlehydratzusatz. Anleitung zur Herstellung verschiedener Heilnahrungen findet sich in „Die Ernährungsstörungen im Säuglingsalter" von Prof. Meyer und Dr. Nassau, Verlag Carl Marhold, Halle a. d. Saale, 1923.

Dr. H. **Buschmann,** Bleialf.

Ad 200. Bromakne. Nicht alle Menschen erkranken an Bromakne; dazu gehört eine gewisse Disposition, die manchmal einen solchen Grad erreicht, daß schwerste pustulöse und wuchernde Formen der Bromakne entstehen. In letzterem Falle nennen wir dies Bromoderma tuberosum. Ein sicheres Mittel zur Verhütung der Bromakne gibt es nicht; es gibt auch kein Brompräparat, das nie Bromakne verursacht. Es nützt, wenn man die Bromsalze (Bromnatrium) in viel Wasser oder Krondorfer Mineralwasser löst und schluckweise nehmen läßt, aber nur wenn sie durch kurze Zeit

genommen werden. Auch scheint ein Zusatz von Calcium lacticum zur Bromlösung, etwa 5 g auf 200 g Wasser, vom Vorteil zu sein. Kochsalz schwächt die Bromwirkung ab, so daß die Einnahme von Na Cl das Verschwinden von Bromakne befördert. Prof. Dr. M. **Oppenheim**, Wien.

Ad 201. Wiederholte Todesfälle von Neugeborenen. Wenn auch einwandfreie Sektion keine „Todesursache" aufgedeckt hat, so handelt es sich wohl um jene auch heute noch ungeklärten Fälle von „funktioneller Minderwertigkeit", wobei die Früchte entweder schon im Mutterleib oder während, bzw. bald nach der Geburt ohne nachweisbare Erkrankungen absterben. Leider nicht allzu selten. Bei unbekannter Ursache kann leider auch von einer Hilfe nicht die Rede sein.

Prof. Dr. C. **Bucura**, Wien.

Ad 203. Gonorrhoe-Rezidiv. Es liegt doch die Annahme nahe, daß auf die Lapisinstillation hin ein kleiner follikulärer Prostataabszeß zum Durchbruch in die Urethra kam und auf diesen Umstand das Auftreten des gonokokkenhaltigen Eiters im Urin zu beziehen ist. Der Abszeß verheilte, die Gonokokken verschwanden und nun kam es durch einen Anlaß, eventuell Obstipation, zur Einwanderung von Kolibazillen in die Harnröhre und Blase. Ich empfehle, gegen die noch bestehende Koli-Bakteriurie innerlich zuerst dreimal täglich eine Tablette Urotropin-Schering und 1 g Natrium salicyl. in Wasser völlig gelöst zu nehmen. Sollte diese Therapie ohne Erfolg sein, so wäre ein Versuch mit Borovertin (Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation in Berlin) zu machen, das gegen diese Bakteriurien sehr gut wirkt, manchmal aber etwas reizt (Harndrang). Gleichzeitig ist täglich einmal die Blase mit einer warmen Lösung von Hydrargyr. oxycyanat. 1:Aqu. dest. 12.000 bis 10.000 mit dem Katheter zu spülen. Die Konzentration des Hydrargyr. oxycyanat. kann dann auf 1:9000 bis 1:6000 gesteigert werden. Gewöhnlich werden aber anfangs nur größere Verdünnungen dieses Mittels wie die obigen vertragen. Lösung 1:6000, anfänglich appliziert, reizt gelegentlich stark. Prof. Dr. G. **Scherber**, Wien.

Ad 204. Pneumothoraxtherapie. Ein so geringer Überdruck, wie + 3, + 5 dürfte wohl kaum genügen, um ein „Einreißen von Kavernen" herbeizuführen. Im übrigen hängt die Möglichkeit eines solchen Ereignisses nicht lediglich von der Druckhöhe ab, sondern in erster Linie von der Lage der Kaverne, den Adhäsionsverhältnissen derselben und der Beschaffenheit der Wand. Nur wenn die Kaverne wandständig liegt, mit einem Teile ihrer Zirkumferenz fast oder ganz bis an die Pleura visceralis reicht und an dieser Stelle flächenhaft oder durch einen Strang mit der Pleura parietalis verwachsen ist, könnte bei Anwendung hoher Druckwerte statt der Lösung der Adhäsion ein Einreißen der Kavernenwand erfolgen, falls die Adhäsion weniger nachgiebig ist als die Widerstandsfähigkeit der Kavernenwand. Bei noch nicht fibröser, noch infiltrierter, brüchiger Kavernenwand wird ein solches Ereignis eventuell eintreten können. Doch sind dazu wohl Druckwerte nötig, die in der Praxis höchstens bei kleinem partiellen Pneumothorax gelegentlich zur Anwendung kommen. Bei nicht verwachsenen und bei zentral gelegenen Kavernen kann ein solches Ereignis auch bei höchsten Druckwerten nicht eintreten. Ob im Einzelfalle Lage und Adhäsionsverhältnisse der Kaverne nach dieser Richtung zur Vorsicht mahnen, darüber gibt die Röntgenplatte nur bei seitenständigen Kavernen nach Anlegung des Pneumothorax Aufschluß. Bei Kavernen, die vorne oder hinten liegen, ist die Durchleuchtung in verschiedenen Durchmessern nötig (stereoskopische Durchleuchtung). Im allgemeinen möchte ich aber sagen, daß Druckwerte, die + 10 nicht überschreiten und bei dem Kranken keine schmerzhaften Sensationen in der

Gegend der Kavernen auslösen, in dieser Beziehung als ungefährlich betrachtet werden können. Prof. Dr. J. **Sorgo,** Wien.

Ad 205. Chronische tbc. Fistel. In so weit vorgeschrittenen Fällen von tbc. Fisteln ist am ehesten noch ein Erfolg zu erhoffen, wenn die sekundäre Infektion und Eiterung nach einer totalen Ausschaltung an der Flexur (reitende Kolostomie) örtlich behandelt werden (Spülungen mit Lugolscher oder Preglscher Lösung, Röntgenbestrahlung usw.). Auch nach Heilung der Fisteln soll man noch lange (vier bis sechs Monate) warten, bis die Kolostomie geschlossen wird, da sonst, wenn Stuhl darüber geht, die Fisteln wieder aufbrechen können. Erfolgt keine Heilung, dann bleibt wohl nur die Radikaloperation mit Resektion des Rektum übrig, die allerdings technisch schwieriger ist als eine Karzinomresektion.

Prof. Dr. H. **Finsterer,** Wien.

Ad 207. Impfmalaria und Epilepsie. Erfahrungen über systematische Behandlung der Epilepsie durch Impfmalaria liegen nicht vor. Gelegentliche Beobachtungen machen eine günstige Wirkung nicht wahrscheinlich.

Prof. Dr. J. **Wagner-Jauregg,** Wien.

Ad 208. Herzauskultation. Die besondere Wahrnehmbarkeit endokardialer Schallphänomene über der linken unteren Axillar- und Rückengegend bei erheblich vergrößertem linken Herzen ist eine allbekannte Tatsache. Diagnostische Verwendung für die Annahme einer Vergrößerung des linken Herzens kann das Zeichen für sich allein nicht finden, da für die genannte Lokalisation der Herztöne und Herzgeräusche auch noch die Lagerungsverhältnisse des Herzens und die physikalische Beschaffenheit der Umgebung desselben in Betracht kommen.

Prof. Dr. F. **Kovacs,** Wien.

Ad 209. Fieber nach Dysenterie. Der geschilderte Zustand könnte als „funktionelle Schwäche" nach überstandener Infektion gedeutet werden. Es dürfte infolge der vorausgegangenen Toxinschädigung von Herz und Gefäßsystem derzeit eine „nichtoptimale Herz-, bzw. Kreislauffunktion" (vgl. „Ars Medici" 1925, S. 319, und 1924, S. 393) bestehen. Zu den typischen Symptomen einer solchen gehören unter anderm auch Schwächegefühl und seelische Depression. Sind vielleicht auch abgeschwächte Herztöne, akzentuierter II. Pulmonalton, verlangsamter oder beschleunigter Puls vorhanden? Geringer Blutdruck, Urobilinogen oder Spuren von Eiweiß im Harn und leichter Fingereindruck auf den Tibien? Das Mosaik der Symptome kann, aber muß nicht vollständig ausgeprägt sein. Im Rahmen fast jeder „funktionellen Schwäche" sind ferner, nach individueller Organempfindlichkeit wechselnd, auch Reizerscheinungen vorhanden. Wenn nun das gereizte oder abnorm reizbare Organ das Wärmeregulierungszentrum ist, so gibt es erhöhte Temperatur. Im vorliegenden Falle könnte es sich um eine Nachwirkung der das Regulierungszentrum ja gesetzmäßig erregenden Infektionstoxine handeln. Auch Leukozytenverschiebungen infolge von chemischen Nervenreizmitteln oder im Rahmen spontaner funktioneller Nervenstörungen sind Erfahrungstatsache. — Probe ex juvantibus: Digitalis (etwa Digipurat) einmal täglich 0.1 plus dreimal täglich 0.1 bis 0.2 Coffeinum natrio-benzoicum, kurmäßig durch drei bis vier, eventuell auch durch sechs bis acht Wochen. Bitte um Bericht.

Dozent Dr. H. **Januschke,** Wien.

Ad 212. Ödem der Uvula. Nach Ihrer Schilderung handelt es sich wohl um einen Fall von Quinckeschem angioneurotischem Ödem. Therapeutisch wären intravenöse Kalziuminjektionen sowie eine Umstimmungstherapie mittels Pepton oder irgendwelcher Proteinkörper zu versuchen. Dozent Dr. J. **Bauer,** Wien.

Ad 213. Expektorans. Nach den Erfahrungen, die ich an einem reichlichen Krankenmateriale an der III. med. Klinik (Prof. Chvostek) zu sammeln Gelegenheit hatte, kann ich das „Syngulin“ (Fluid, Tabletten, Syrup) als ein äußerst wirksames Präparat bezeichnen. Es ist ein unter Kontrolle des pharmakognostischen Inst. d. Univ. in Wien aus der Primelwurzel hergestelltes Präparat mit genau eingestelltem wirksamen Saponingehalt. Gegenüber dem einfachen Primeldekokt hat es den Vorzug der leichteren Verträglichkeit, des besseren Geschmacks und der Haltbarkeit. Es hat sich mir auch bei schweren, hartnäckigen Bronchitiden und Bronchiolitiden bestens bewährt. Am empfehlenswertesten ist die Verschreibung in Form des „Syngulin-Sirup“, wovon stündlich ein Eßlöffel, bzw. bei Kindern ein Kaffeelöffel genommen wird. Dr. J. **Faltitschek**, Wien.

Ad 215. Kohlenstaubverfärbung. Die Beseitigung der Kohleneinsprengungen, vielfach begehrt, läßt sich in befriedigender Weise am besten durchführen durch kalte Hitzebestrahlung oder nadelförmige Kauterien, Unnas Spitzkauter. Mit Hilfe von Kaltbrennern, Methode Keating-Hart, Hochfrequenzströmen, wie sie zur Beseitigung von Blasentumoren, Neoplasmen als auch als Methode der Elektrokoagulation zur Krebs- und Tumorbehandlung in Gebrauch stehen, lassen sich die besten narbenlosen Dauererfolge erzielen. Diese Behandlung kann ohne jede Berufsstörung durchgeführt werden, ist nahezu schmerzlos und hinterläßt fast keine Narben. Radiumbehandlung und Elektrolyse, einfaches Cauterium actuale oder Dekortikation, Methoden, die früher angewendet wurden, liefern viel unvollkommenere Resultate. — Man geht mit dem nadelfeinen Brenner bis in die Kutis, schaltet den Strom ein, bis die Auflösung der Kohlenteilchen in Gase erfahrungsgemäß erfolgt ist. Es reiht sich so Stich an Stich. Größere Flächen sind in mehreren Sitzungen vorzunehmen. Man läßt stets unbehandelte Brücken zwischen den behandelten Teilen und behält sich erstere für die letzten Sitzungen vor. Es entwickelt sich eine geringe Eiterung, welche den Kohlenstaub, der noch vorhanden ist, mit den Eiterzellen aus den Stichkanälen führt. Nur dort, wo Neigung zu keloiden Narbenreaktionen der Haut besteht, was ja selten vorkommt, muß man nachträglich noch Radium anwenden. Die Erfolge sind ausgezeichnete. — Auch Tätowierungen mit Ultramarin, wie sie bei Matrosen und Soldaten vorkommen, werden heute so entfernt, wie ich an einem Falle in der Wiener dermatologischen Gesellschaft 1925 demonstrieren konnte.
Reg.-Rat Dozent Dr. K. **Ullmann**, Wien.

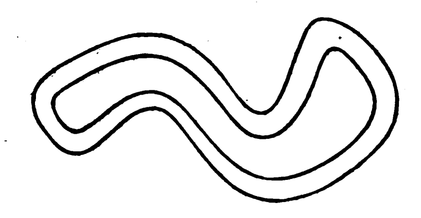
Ad 217. Tod nach epiduraler Injektion. Ein latenter Infektionsherd könnte wohl durch die Injektion zum Aufflackern gebracht worden und die Ursache des Exitus sein, vorausgesetzt, daß das Instrumentarium, bzw. die Handhabung desselben streng aseptisch waren. Im übrigen ist der mitgeteilte Obduktionsbefund nicht genau genug, um ganz Sicheres sagen zu können. Prof. Dr. E. **Stransky**, Wien.

Instrumente und Apparate.

Einen einfachen Apparat zur Bestimmung des Grundumsatzes hat Herxheimer (II. Med. Klin. Charité, Berlin) angegeben. Die Grundumsatzbestimmung ist bei vielen Leiden, wie Basedow und Diabetes, heute auch ein Bedürfnis für den Praktiker und der einfache Apparat wird dazu

beitragen, solche Untersuchungen auch außerhalb der Klinik einzubürgern. Es handelt sich um ein Hutchinsonsches Spirometer, dem eine 10-l-Vorlageflasche vorgeschaltet ist, und an dem Schläuche für Ein- und Ausatmung und entsprechende Ventile angeschlossen sind. Durch einen Hahn wird der Sauerstoff zugeleitet und für den Zu- und Abstrom des Gases zur Spirometerglocke dient ein Dreiwegehahn, Die Versuchsperson atmet ein sauerstoffreiches Gasgemisch aus dem Spirometer ein. Die Ausatmungsluft, welcher in der Vorlageflasche die Kohlensäure und der größte Teil des Wassers entzogen wird, tritt wieder in die Spirometerglocke zurück. Die Sauerstoffmenge im Spirometer verringert sich also allmählich um den verbrauchten Anteil, und dementsprechend sinkt die Glocke langsam. Die verbrauchte Sauerstoffmenge wird an einer Skala abgelesen, auf die Zeiteinheit umgerechnet, auf 0°, 760 mm Hg und Trockenheit reduziert und in Kalorien ausgedrückt. Der gefundene Wert kann dann mit den Normalwerten verglichen werden. — Erzeuger: Firma Altmann & Co., Berlin, Luisenstraße. (D. m. W. Nr. 28, 1925.)

Eine neue Form des Hebelpessars gibt P. Rissmann (Direktor der Hebammenschule in Osnabrück) an. Es hat in der Biegung gewisse Ähnlichkeiten mit dem sogenannten Thomas-Pessar, weicht aber von diesem darin ab, daß der hintere Bügel nicht verdickt ist, und daß es vorn nicht so schnabelförmig spitz zuläuft. Die neue Form hat sich als viel wirksamer erwiesen als die in Deutschland allgemein üblichen Hebelpessare nach Hodge oder die alten Mayerschen Ringe. (Das Rissmannsche Pessar wird von der Firma B. Braun in Melsungen erzeugt.) — Bei dieser Gelegenheit weist Verfasser darauf hin, daß nach seiner Erfahrung ein Pessar nicht nur bei Prolapsen, sondern auch bei Retroflexio uteri häufig genug indiziert ist, wenn auch die letzteren Fälle eher die Operation anzeigen. Zunächst kommt die Retroflexio uteri gravidi in Betracht; ferner die Retroflexionen im Wochenbett, die unter Pessarbehandlung fast regelmäßig in einem Vierteljahre ausheilen. Schließlich aber ist die einfache Retroflexio auch nicht so harmlos, als heute allgemein gelehrt wird. Natürlich gibt es viele Frauen, die von ihrer Retroflexio keine Beschwerden haben, und diesen soll man von ihrer „Knickung" auch gar nichts sagen. Bei anderen ist die Retroflexio eine Teilerscheinung allgemeiner „asthenischer



Konstitution"; hier genügt Ringbehandlung im Verein mit Liegekur, Arsen-Eisen und Stuhlregelung. Aber manche Frauen haben schon recht arge Beschwerden von ihrer Retroflexio, die ein Ödem und Stauung verursacht. Auch Blutungen und Sterilität können sicher die Folge von Retroflexio sein, besonders Blutungen im Wochenbett. Vereinzelte große schwere Uteri führen durch direkten Druck zu Kreuzschmerzen und zu Lähmungserscheinungen an den unteren Extremitäten. Eine Frau in mittleren Jahren hatte schon mehrere praktische Ärzte und auch Nervenärzte konsultiert, war sechs Wochen in Oeynhausen gewesen und konnte nur schleppend die kleine Treppe zum ärztlichen Wartezimmer des Verfassers ersteigen; nach

Einlage eines gebogenen Pessars war sie dauernd geheilt. — Eine andere Patientin trug jahrelang wegen mobiler Retroflexio einen Ring ohne jede Beschwerde. Dann ließ sie den Ring fort, ohne den Arzt zu fragen. Nach einiger Zeit begannen heftige Kreuzschmerzen, dann häufige und andauernde Blutungen, und jetzt stellte die Untersuchung eine ganz fest fixierte Retroflexio ohne Adnexerkrankung fest. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 69, 1925.)

Vaglavator ist ein Scheidenwaschapparat zur Prophylaxe der Frau selbst und zur Therapie. Der Apparat besteht aus zwei Teilen, einem Druckball mit Hartgummiansatz und einem zur Einführung in die Scheide bestimmten Gummirohr. Vor dem Gebrauch werden beide Teile zusammengefügt und einer der drei beigegebenen Textilüberzüge auf den Scheidengummiteil gezogen. Dieser Überzug wird mit einem zum Waschen geeigneten Medikament „Vaglavine" (bestehend aus Milchsäure. Borsäure. Thymol und einem Naphthopräparat) getränkt und nun der Apparat eingeführt und durch Aufblasen und **Verschieben der Vaginalraum gewaschen.** Das Präparat Vaglavine ist der Packung beigegeben. Auch zur Fluortrockenbehandlung eignet sich der Apparat. — Erzeuger: Schaerer A.-G., Bern oder Deutsche Vaglavator Comp., Berlin-Schöneberg. (D. m. W Nr. 29, 1925.)

Medikamente.

Digitalis-Exclud-Zäpfchen für die rektale Digitalistherapie haben sich Dozent Zondek (II. Med. Klinik Charité, Berlin) sehr bewährt. Ein Zäpfchen entspricht einem Digitalisgehalt von 0.075 g Folia Digitalis. Diese Dosis ist ausreichend, da man peroral 0.1 g Folia Digitalis gibt und die Resorption per rectum eine bessere ist. Man gibt etwa in den ersten Tagen der Digitaliskur zwei bis drei Zäpfchen täglich, dann ein Zäpfchen täglich, Gesamtmenge etwa 20 Zäpfchen. Für eine chronische Digitaliskur ein Zäpfchen pro die. Natürlich ist im Einzelfalle zu individualisieren. Bei sehr schweren Fällen kann man die Kur auch mit Digitalis oder Strophantin venös einleiten und dann mit Digitalis rektal fortsetzen. — Die Digitalis-Exclud-Zäpfchen verursachen nur ausnahmsweise leichte lokale Reizungen, wie geringen Tenesmus und etwas vermehrten Stuhlgang. — Erzeuger: Dr. R. Reiß, Chem. Fabrik, Berlin NW 87. (Klin. Wschr. Nr. 28. 1925.)

Eatan, ein innerlich zu nehmendes Präparat, besteht aus einem Aminosäuren-Komplex, der durch Abbau von tierischem Eiweiß und tierischen Organen gewonnen wird („Ars Medici" 1924, S. 524). Allemann (Chir. Univ.-Klinik, Zürich) berichtet neuerdings über bemerkenswerte Erfolge der Eatanbehandlung bei chirurgischer Tbc. Subjektiv gaben die Patienten steigenden Appetit und Gefühl der Kräftigung an. Objektiv stiegen Gewicht und Hämoglobingehalt an; an den Krankheitsherden wurde zunächst erhöhte Sekretion beobachtet, die von rascher Reinigung und Schließung der Abszeßhöhlen gefolgt war. — Erzeuger: Eatinon, G. m. b. H., München. (Schweizer Praxis, IV., 1925.)

Gitapurin wird als ein fast völlig digitoxinfreies Digitalispräparat von Bohnstedt (Lazarus-Krankenh., Berlin) sehr gerühmt. Auch bei wochenlanger oraler Verabreichung traten keine Störungen der Magen-

Darmfunktion ein, außer in zwei Fällen von anscheinender Idiosynkrasie, die schon auf die ersten Gaben mit Erbrechen reagierten. Das Präparat kann ferner schmerzlos subkutan, intramuskulär und venös injiziert werden. — Erzeuger: J. D. Riedel A.-G., Berlin. (D. m. W. Nr. 30, 1925.)

Jodisan, ein Jodpräparat zu Injektionszwecken, ist Hexamethyldiaminoisopropanoldijodid und kommt in Ampullen zu 2 cm³ in den Handel; 1 cm³ enthält 0.12 g Jod. Nach Dozent R e t z l a f f (II. Med. Klinik Charité, Berlin) eignet sich das Präparat zu reaktionslosen subkutanen, muskulären und venösen Injektionen. Die Jodwirkung ist eine deutliche und intensive. Er erzielte bei Asthma bronchiale und bei Emphysem mt chronischer Bronchitis gute Erfolge, ebenso bei syphilitischen Gummen. Bei einem inoperablen Tumor bewirkten Injektionen von Jodisan plus Solarson (die beiden Lösungen sind klar mischbar und wurden einzeitig venös injiziert) deutliche Besserung und Gewichtszunahme. — Erzeuger: Farbenfabriken vorm. F. Bayer & Co., Leverkusen. (D. m. W. Nr. 28, 1925.) Auch Prof. B o d e n (Med. Klin., Düsseldorf) rühmt das Jodisan, welches sich bei pharmakologischer und klinischer Prüfung als geeignetes Präparat zur parenteralen, speziell intravenösen Jodtherapie eignet. Das Eintreten von Jodismus wird meist vermieden. Die Jodwirkung bei Asthma bronchiale, Emphysembronchitis, Skrofulose, Lymphdrüsenschwellung, Lues, Bleinintoxikation und Atheromatose tritt schneller und stärker auf als bei peroraler Medikation. (Klin. Wschr. Nr. 29, 1925.)

Septakrol ist eine Verbindung des Dimethyldiaminomethylakridiniumnitrats mit 22% Silber, dessen wachstumhemmende Wirkung, besonders gegenüber Streptokokken, schon bestätigt ist. Prof. R i e t t i (Ferrara) hatte gute Erfolge mit dem Mittel bei a k u t e m G e l e n k r h e u m a t i s m u s. Er injiziert während vier oder fünf Tagen täglich eine Ampulle zu 5 cm³ (= 0.025 g Septakrol) langsam intravenös und gibt dabei täglich nur 1 g Natrium salicylicum per os. Keine unangenehmen Nebenwirkungen, auch Patienten mit Herzfehlern vertrugen das Mittel anstandslos, ebenso ein Patient mit einem Körpergewicht von 142 kg. — Erzeuger: Chem. Industrie A.-G., Basel („Ciba“). (D. m. W. Nr. 26, 1925.)

Notizen.

Die V. Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten findet in Wien vom 30. September bis 3. Oktober 1925 unter Vorsitz von Geh. Rat Prof. Kuttner (Berlin) statt. Anmeldungen sind zu richten an Prof. Dr. Fuld, Berlin W 15. oder an Dozent Dr. Luger (Bureau der Wiener Ärztekurse), Wien VIII., Schlösselgasse 22.

Gute Bücher.

R o t h e: „D a s S t o t t e r n, d i e a s s o z i a t i v e A p h a s i e u n d i h r e h e i l p ä d a g o g i s c h e B e h a n d l u n g“, Österreichischer Schulbücherverlag, Wien 1925. Preis: S 8.50. — Der erfahrene und bekannte Sprachpädagoge gibt eine ausführliche Darstellung des Wesens des Stotterns und der assoziativen Aphasie und eine Schilderung aller bekannten Behandlungsarten. Besonders eingehend ist die Klassentherapie beschrieben, der Unterricht in Elementarklassen, in höheren Schulklassen, die Einzeltherapie und die Heilkurse. Strenge

Wissenschaftlichkeit im Verein mit reicher praktischer Erfahrung charakterisieren das 283 Seiten starke Büchlein.

„Die Fruchtabtreibung, Verhandlungen im Vereine der Ärzte von Steiermark über den § 144, StGB.", Verlag Leuschner & Lubensky, Graz, 1925. — An Referate von Prof. Knauer und Prof. Reuter sind die Diskussionsvorträge angeschlossen. Das Resultat ist, wie natürlich, daß nur die medizinische Indikation für den Arzt maßgebend sein kann. Die soziale und eugenetische Indikation kommen heute noch nicht in Betracht. Auch der Vorschlag, durch eine Kommission eine gemischte medizinisch-soziale Indikation anzuerkennen, wird abgelehnt, da auch in einer solchen für den auf wissenschaftlichem Boden stehenden Arzt nur der medizinische Anteil entscheidend sein kann.

„Vom Beruf des Arztes." Von Dr. C. Haeberlin in Bad Nauheim, Verlag O. Gmelin, München, 1925. Zweite Auflage, Preis: geheftet Mark 4.50. — Das Büchlein behandelt vor allem das Geistige und Seelische im Beruf des Arztes, in seinem Verhältnis zu seinen Patienten und zu seiner Wissenschaft. Der Verfasser steht auf der hohen Warte des denkenden, seinen Beruf ideal erfassenden Arztes, der bei aller nötigen Technik und Kunst auch dem Gemüt einen entsprechend breiten Raum zuweist. Prachtvoll ist, was in dem Büchlein über Optimismus, Freudigkeit im Tun des Arztes, Leid, Leiden und Schmerzen gesagt wird. Die Lektüre ist ein Genuß, aber gewiß auch von hohem praktischen Werte.

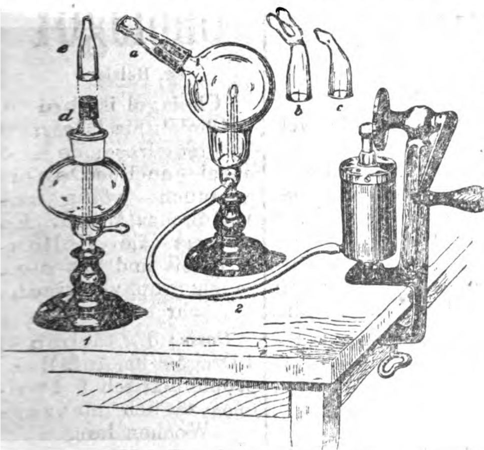
Prof. K. Blühdorn (Hannover): „Säuglingsheilkunde der täglichen Praxis." Zweite, verbesserte Auflage, 217 Seiten. Taschenformat. Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin. 1925. Unsere Leser kennen bereits einen Teil dieser in der Med. Klinik erschienenen, den Bedürfnissen der täglichen Praxis besonders glücklich angepaßten Aufsätze. Wir möchten dieses knapp gefaßte und doch inhaltsreiche Buch zu den besten zählen, die für den Allgemeinpraktiker geschrieben sind.

R. K. Stehlik: „Deutsch-tschechischer Sprachführer für die ärztliche Praxis." Ein Konversationsbuch für Ärzte. Zweite, von Dr. Karl Cron revidierte Auflage. 280 Seiten. Taschenformat. Verlag Carl Gerolds Sohn, Wien—Leipzig. Preis: gebunden Mark 4.50, č*K* 36.—. Das Büchlein ist ein sehr nützlicher Behelf für deutsche Ärzte zum Berufsverkehr in tschechischer Sprache. Es enthält die wichtigsten Termini technici und Redensarten im Verkehr mit Patienten und Sanitätsbehörden.

W. Ermer (Nürnberg): „Medizinisches Taschenbuch." Siebente, vermehrte Auflage. Verlag Krische & Mencke, Erlangen, 1925. 295 Seiten. Preis: Mark 3.75. Die hohe Auflage dieses Büchleins beweist, daß es bereits vielfache Anerkennung gefunden hat. Die einzelnen Krankheiten sind übersichtlich alphabetisch geordnet und mit einer großen Auswahl bewährter Rezepte versehen, deren Preis jedesmal angeführt ist. Beim flüchtigen Durchblättern vermissen wir die Salmiak- und Kalktherapie des Laryngospasmus, die Proteinkörpertherapie des Ulcus ventriculi.

Im Verlag J. W. Dietz, Rhemsheim, Kr. Karlsruhe, ist ein geschmackvoll ausgeführter, sehr sinnreicher „Ewiger Tageskalender" erschienen, der es unter anderm ermöglicht, den Tag jedes vergangenen und zukünftigen Datums festzustellen. Preis: Mark 1.60.

Primarius Lichtenstern: „Die Überpflanzung der männlichen Keimdrüse", 113 Seiten mit 16 Abbildungen, Verlag Jul. Springer, Wien, 1924. Preis: geheftet Mark 4.40. — Es werden unter



Ars Medici. Nr. 10. 1925.

ARS MEDICI

Das Organ des praktischen Arztes.

Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration:

Telephon 29-1-39. **Wien IX., Spitalgasse 1a.** Telephon 29-1-39.

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Alleinige Inseratenannahme durch die Annoncenexpedition Rudolf Mosse. Berlin SW., Breslau, Frankfurt a. M., Hamburg, Köln a. Rh., Leipzig, Magdeburg, München, Stuttgart, Prag, Zürich, Wien I., Seilerstätte 2.

Nr. 10. XV. Jahrgang. 1925.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. Oktober 1925.

Interne Medizin.

Zur Prophylaxe und Therapie der Azidosis.

Das Auftreten von Azeton und Azetessigsäure im Harn des Diabetikers, schlechtweg die „Azidosis“, ist und bleibt trotz Insulin ein ernstes Symptom. Doch betont Ziegelroth (Krummhübel), daß es auch harmlose Formen der Azidosis gibt: Eine 57jährige Frau klagt über große Hinfälligkeit. Die Untersuchung ergibt nur Druckempfindlichkeit des aufgetriebenen Abdomens. Der Stuhl ist sehr spärlich und fötide. Im Harn kein Zucker, aber große Mengen von Azetessigsäure. Zwei Löffel Rizinusöl beseitigen die Beschwerden und die Azetessigsäurereaktion. — Neben dieser offenbar durch Darmautotoxine bedingten intestinalen Form der Azidose findet sich auch Azetonbildung beim Hungerzustande und drittens bei ausschließlicher Fleischkost und Fehlen von Kohlehydraten (alimentäre Azidose). Welche dieser drei Quellen im besonderen Falle einer Azidosis vorliegt, läßt sich aus der Harnanalyse nicht erkennen. Beim Diabetes und seiner häufigen Behandlung mit einseitiger Fleischkost und daraus folgender Obstipation oder mit Hungern dürften oft alle drei Formen vereint sein. Daher müssen wir beim Diabetiker zunächst versuchen, die etwaige intestinale und alimentäre Quelle der Säurevergiftung auszuschalten. Dauert dann die Azidose noch fort, so besteht natürlich eine vitale Indikation für Insulin. Daraus ergibt sich die praktische Forderung: jede antidiabetische Kur mit einer gründlichen Entleerung des Darmes einzuleiten; qui bene purgat, bene curat. Um auch die alimentäre Quelle der Azidose auszuschalten, schließt man am besten zwei Milchtage an, und zwar bevorzugt Verfasser als einzige Nahrung an diesen Tagen 1½ bis 2 l gute gequirlte saure Milch in fünf bis sechs Portionen. Die saure Milch enthält alle Vitamine, die sonst beim Kochen zugrundegehen, und ist durch die Säuerung sterilisiert. Die Diabetikerkost enthält sonst zu wenig Vitamine; die vorzügliche Wirkung von Salat und Obst auf das Allgemeinbefinden der Diabetiker ist wohl auf deren Vitaminreichtum zurückzuführen. Ferner regt die saure Milch die Darmtätigkeit an und stellt ein gutes Darmdesinfiziens dar. (D. m. W. Nr. 30, 1925.)

Dauernde Blutdrucksenkung durch galvanische Vollbäder

beobachtet H. Wildenrath (Heilstätte Roderbirken, Rheinprovinz) zum Teil schon seit Jahren in über 60 Fällen von gemeiner Hypertension.

Methodik: In ein Vollbad von 36° C wird durch zwei mit Holzschutzgitter versehene Zinkelektroden (+ Pol am Fuß-, negativer am Kopfende) Gleichstrom von 4.5 Volt und 20 M.-A. eingeleitet, nachdem Pat. im Bade liegt. Täglich ein Bad von zehn Minuten Dauer. Ausschalten bevor Pat. die Wanne verläßt. Nach dem Bade eine Stunde Bettruhe. Vor dem Bade

Wechselfußbad (10 bis 40° C) von zehn Minuten. Sinusstrom jeder Form ist zu vermeiden (Todesfälle!). Vor Universalapparaten wird gewarnt. Der Strom des Gleichstromnetzes wird mittels Einankerumformers auf zirka 4 Volt herabtransformiert. (Zschr. f. die ges. phys. Therapie, Bd. 30, H. 2, 1925.)

Diathermiebehandlung chronischer Herzschwächezustände

empfiehlt G. Herzer (Rheinfelden, Schweiz) auf Grund 15jähriger Erfahrung. Beginnende Fälle sowie Herzschwäche nach akuten Infektionen zeigen oft schon nach einer Sitzung bedeutende Besserung der subjektiven Beschwerden (Mattigkeit nach geringer körperlicher Anstrengung, Schlaflosigkeit, Arhythmie, Herzdruck usw.). Zur hyperämisierenden Wirkung der Tiefendurchwärmung des Herzmuskels gesellt sich die exquisit spasmolytische Wirkung auf krampfhaft kontrahierte Gefäße. Dadurch wird bei der essentiellen und arteriosklerotischen Hypertension (nach Bergmann ist die Hypertension die häufigste Ursache der Herzinsuffizienz!) die oft weit über die geregelte Zirkulation hinausgehende Blutdrucksteigerung und damit die Apoplexiegefahr herabgesetzt. Die Wirkung ist unvergleichlich dauerhafter als bei jeder sonstigen Therapie. Auch bei nephrogener Hypertension hat Autor subjektive Besserung gesehen. Selbst bei vorgeschrittener Insuffizienz kann es in Anstalten (nicht ambulatorisch!) gelingen, den Herzmuskel zu kräftigen und die Diurese zu heben.

Dosierung: Mittels Brust- und Rückenelektrode 2, vorübergehend 3 Ampère durch 20 bis 30 Minuten, nachher eine Stunde ruhen. Täglich durch zwei bis fünf Wochen. (Schweiz. m. W. Nr. 27, 1925.)

Dyspeptogene Herzneurosen.

Nach Geh. Hofrat Roemheld (Hornegg) kann man die Herzneurosen nach ihrer Ätiologie einteilen in 1. vorwiegend psychisch bedingte, 2. durch angeborene oder erworbene Organminderwertigkeit des Herzens verursachte und 3. in solche, die durch Erkrankung anderer Organe hervorgerufen werden. Unter diesen spielen die Hauptrolle die „dyspeptogenen Herzneurosen", d. h. solche Formen, bei denen die Herzbeschwerden vom Magen-Darmkanal ausgelöst werden. Diese Fälle machen wohl fast die Hälfte aller Herzneurosen überhaupt aus; nach einer Statistik Rombergs litten 10% aller Patienten, die ihn wegen Herzbeschwerden überhaupt konsultierten, an dyspeptogener Herzneurose. Merkwürdig ist, daß die schweren Erkrankungen des Verdauungsapparates, Ulkus und Karzinom, ziemlich selten das Herz ungünstig beeinflussen, während besonders die katarrhalischen, mit Säureanomalien und Gärungsprozessen einhergehenden Affektionen sowie die Darmparasiten immer wieder die Ursache von Herzneurosen sind. Bei der Entstehung der Beschwerden spielen neben toxischen, speziell hormonalen Einflüssen der viszeroreflektorische Reflexweg und schließlich (und vielleicht hauptsächlich) das mechanische Moment der Herzbeengung infolge von Hochdrängung des Zwerchfelles eine große Rolle. Das war schon lange bekannt in Fällen von allgemeinem Meteorismus, von Fettleibigkeit und chronischer Obstipation, doch scheint sich auch auf konstitutioneller Grundlage einseitiger linker Zwerchfellhochstand infolge von Luftansammlung im Magen oder Dickdarm zu ergeben.

Trotz ihrer großen Häufigkeit werden die dyspeptogenen Herzneurosen noch oft verkannt. Die meisten hieher gehörigen Patienten halten sich selbst für herzkrank und segeln oft jahrelang unter dieser Flagge, bevor die richtige Diagnose vor dem Röntgenschirm gestellt wird. Sie klagen über Druck und Unruhe in der linken Seite, besonders in der Gegend

der Herzspitze oder auch längs des linken Rippenbogens, an welchem man auffallend häufig als Zeichen der abnormen inneren Gasspannung kapilläre Phlebektasien sieht. Dazu kommen Interkostalneuralgien links, die bis in den linken Arm ausstrahlen können (Verwechslung mit Angina pectoris), Dyspnoe, Schmerzen und anginoide Sensationen hinter dem Brustbein, Hyperästhesie der Haut der linken Brustseite und häufiges Aufstoßen. Das Bild wird vervollständigt durch vagotonische (Bradykardie, Extrasystolie) und allgemein neurasthenische Symptome, namentlich Angstempfindungen, die eventuell vom Arzt durch eine falsche Diagnose (Arteriosklerose) noch gesteigert werden. Differentialdiagnostisch wichtig ist, daß diese Patienten mit an und für sich gesundem Herzen sich bei Bewegung wohler fühlen und ihre Beschwerden verlieren. Die Röntgenuntersuchung zeigt in typischen Fällen nüchtern keine oder kleine Magenblase, normale Herzform, dagegen auf der Höhe der Verdauung exzessive linksseitige subphrenische Luftansammlung, Hebung der Herzspitze, Querlagerung und stärkste Aortenfiguration des scheinbar vergrößerten Herzens. Für denjenigen, dem kein Röntgenapparat zur Verfügung steht, bieten der oft bis oberhalb der linken Mamilla reichende tympanitische Schall, die wechselnde Größe der Herzdämpfung zu verschiedenen Tageszeiten, die Interkostalneuralgien und Headschen Zonen links und schließlich die Phlebektasien am linken Rippenbogen einen Fingerzeig für die Diagnose.

T h e r a p i e. Zwei Fehler werden gewöhnlich bei der Therapie dieser Zustände gemacht. Entweder werden die Patienten als „nur nervös" behandelt und nicht als Kranke angesehen oder aber sie werden als beginnende Arteriosklerotiker mit überwiegend vegetabiler Kost genährt und mit Jod und Digitalis gefüttert. Im ersten Falle fühlt sich der Kranke mißverstanden, ist unbefriedigt und endet leicht beim Kurpfuscher. Im zweiten Falle wird die Gasspannung unter dem linken Rippenbogen meist nur schlimmer, Extrasystolen (die sich eventuell zu tachykardischen Anfällen steigern) und dyspeptogene Beschwerden nehmen zu, und durch die Autosuggestion vom Vorhandensein eines schweren organischen Leidens leidet die Psyche und werden körperliches Befinden und Herztätigkeit ungünstig beeinflußt. Der Kranke ist dankbar und wird von seiner Herzangst befreit, wenn man auf die gute Leistungsfähigkeit seines Herzens und auf die dyspeptogenen Störungen als Ursache der Herzbeschwerden hinweist. Darum gilt es, die Magendarmstörungen, die die Ursache der subjektiven Herzsensationen sind, zu beseitigen und den Kranken zu richtiger Lebensweise zu erziehen. Besonders häufig findet man bei diesen Patienten an- und subazide Zustände mit sekundären gastrogenen Gärungskatarrhen, die langdauernder Behandlung mit großen Dosen Pepsin-Salzsäure oder auch mit Zitronensäure zugängig sind. Oft wirken einige Magenspülungen geradezu zauberhaft. Bei der Diätregelung richte man sich möglichst nach den persönlichen Erfahrungen des Kranken: Patienten mit verminderter Magensäure bedürfen meistens einer etwas anregenderen pikanten fleischhaltigen Kost. Wichtig sind kleine, nicht blähende Mahlzeiten (kein frisches Brot, wenig Zellulose), Erziehung zu langsamem Kauen, Vermeidung von Aerophagie, Bekämpfung eventuell vorhandener Gärungsdyspepsie durch geeignete kohlehydratarme Kost, Beseitigung von Darmatonie durch Hydrotherapie und Leibmassage und Bekämpfung von Fettansatz am Abdomen. Oft wird das Liegen nach Tisch weniger gut vertragen als leichte Bewegung, Billardspiel oder ein kleiner Spaziergang. Bei superaziden Patienten gibt man Alkali, speziell Calcium carbon., und Kohle in Form von Eucarbon-Tabletten. Zur Erleichterung des Aufstoßens empfiehlt sich Validol und Bornyval. — Sehr wichtig ist die Wiedererziehung des Zwerchfells zu richtiger Atmung. Man läßt den Kranken dreimal täglich

im Liegen „Zwerchfell-Atmung“ ausführen: Die Hände werden auf den Leib gelegt, der Bauch wird rhythmisch, möglichst ohne gleichzeitige Bewegung der Brust, maximal langsam vorgestoßen und eingezogen. Damit wird neben der Zwerchfellübung auch eine gewisse Herz- und Aortengymnastik erzielt, der Zwerchfellmuskel gekräftigt und seine Innervation wieder in normale Bahnen gelenkt. Später kommen dann systematisches Bergsteigen und geeigneter Sport hinzu, was gleichzeitig das Selbstvertrauen des Patienten hebt und die Gasspannung im Leibe vermindert. (Fortschr. d. Ther. Nr. 11, 1925.)

Über Eigenblutbehandlung innerer Krankheiten.

Von C. Rhode (Assistent der internen Abteilung des St. Josef-Hospitals Elberfeld).

Technik. 1. Unverändertes Eigenblut wird muskulär mittels zweier 10 cm³-Rekordspritzen injiziert. Der Assistent entnimmt aus der Kubitalvene eine Spritze Blut, das man sofort außen tief in den Oberschenkel injiziert; die Kanüle bleibt in der Muskulatur stecken, die Spritze wird mit steriler Na Cl-Lösung durchgespritzt und dem Assistenten zurückgegeben, der inzwischen die zweite Spritze mit Blut gefüllt hat. So werden 30 bis 60 cm³ rasch injiziert.

2. Venös darf nur frisch oder alt (vor einigen Stunden oder Tagen) defibriniertes Blut injiziert werden. Der Blutfaserstoff wird durch Auf- und Abbewegen einer Drahtspirale zum Abscheiden gebracht und das so defibrinierte Blut (d. B.) sofort verwendet. Die Kanüle zur Blutentnahme bleibt in der Vene stecken, dann läßt man etwas physiologische Na Cl-Lösung durchfließen, um ihr Verstopfen zu verhindern und nun injiziert man durch dieselbe Kanüle sehr langsam, etwa 1 cm³ pro Minute, 1 bis 5 cm³ des inzwischen d. B. Während der Injektion frisch d. B. treten oft schon beim ersten Kubikzentimeter Herzpalpitation, Hitzewallung zum Kopf, Kopfschmerzen, Ohrensausen usw. auf, welche vegetativen Reizsymptome bald nach der Injektion schwinden. Haben sie ihren Höhepunkt erreicht, so beendet man die Injektion. Bei Verwendung alt d. B. (das vor mindestens zehn Minuten defibriniert wurde) treten diese Reizsymptome nicht mehr auf.

Indikationen. Das Eigenblut wirkt nicht nur als parenteral eingeführter Proteinkörper, sondern auch spezifisch infolge seines Gehaltes an Antikörpern. Bei akuten Infektionskrankheiten bewährt sich die muskuläre Applikation oder die venöse von frisch d. B. (oft schon nach der ersten Injektion Entfieberung!), in chronischen Fällen die wiederholte venöse Injektion von alt d. B. (mehr reine Proteinkörperwirkung). Besonders frappant sind die Erfolge im Beginne kruppöser Pneumonien (38 Fälle, 4 Exitus): 50 bis 60 cm³ unveränderten Eigenblutes muskulär, bei Kindern 40 cm³; eventuell am nächsten Tag wiederholt oder kombiniert mit 1 bis 2 cm³ frisch d. B. venös; bei bereits mehrtägigem Fieber von vornherein frisch d. B. venös. Ferner bei fieberhafter Bronchitis (16 Fälle): frisch d. B. in steigenden Dosen alle 24 Stunden; weniger sichere Erfolge bei chronischer Bronchitis (19 Fälle): alle zwei bis drei Tage ansteigend 8 bis 10 bis 20 cm³ alt d. B., eventuell kombiniert mit kleinen Dosen frisch d. B. Trockene Pleuritis: meist genügt eine Injektion von frisch d. B.; bei Grippe (18 Fälle) genügen ein bis zwei muskuläre Injektionen; ebenso bei Angina (13 Fälle) und akutem Gelenkrheumatismus (17 Fälle). Chronische Arthritiden (14 Fälle): am besten frisch d. B. wiederholt. Beim Erysipel (12 Fälle, kein Versager) ist das Eigenblut muskulär oder venös (frisch

d. B.) jeder anderen Therapie weit überlegen. Auch in einigen Fällen von chronischen Ekzemen (nässenden und trockenen), Adnexitis, Typhus, Paratyphus und Scharlach wurden von wiederholten Injektionen in steigenden Dosen ermutigende Erfolge gesehen. Bei Lungentbc. (50 Fälle, abschließendes Urteil in späterer Arbeit) wurde mit 0.1 Eigenserum, allmählich ansteigend auf 2.0 begonnen und vorsichtig mit alt d. B., später eventuell sogar mit frisch d. B. fortgesetzt. (M. m W. Nr. 27, 1925.)

Gallenblasenerkrankung — Diathermie.

Prof. Rahel Hirsch (Berlin) betont den großen Heilwert der Thermopenetration, die nicht nur auf die Wärmeproduktion in der Tiefe, sondern auch auf die gleichzeitige Stauungshyperämie zurückzuführen ist. Selbst bei chronisch Gallenkranken mit intensivem Ikterus und schweren Koliken sind durch 10 bis 15 Sitzungen Dauererfolge zu erzielen. (M. m. W. Nr. 25, 1925.)

Gicht — Behandlung.

Von Dr. K. Harpuder (Städt. Krankenhaus, Wiesbaden).

Die Gicht ist eine Erkrankung, bei der sich Harnsäure im Organismus anhäuft und vor allem an Gelenken, dann in Schleimbeuteln, am Ohrknorpel und in anderen Bindegeweben ausfällt. Der Ausfall erfolgt entweder in akuten Schüben mit heftigen Entzündungserscheinungen oder schleichend. An den Gelenken resultieren in beiden Fällen nach einiger Zeit schwere, deformierende und destruierende Veränderungen. Daneben bestehen oft organische und funktionelle Erkrankungen an inneren Organen und am Nervensystem. Man kann die Gicht einteilen in die „Nierengicht", bei der infolge arteriosklerotischer Schrumpfniere (manchmal spielt Bleivergiftung eine Rolle) unter anderen harnfähigen Substanzen auch Harnsäure retiniert wird, und in die „Stoffwechselgicht" ohne organische Nierenveränderung. Der Entstehungsmechanismus der letzteren Form ist noch ungeklärt, und es ist darüber nicht mehr bekannt geworden, als schon in „Ars Medici" 1922, S. 10 ausführlich dargelegt wurde.

Für die Klinik eignet sich die Einteilung in 1. den akuten Gichtanfall, 2. die chronische Gelenksgicht und irreguläre Gicht und 3. den stationär gichtischen Zustand. — 1. Der akute Gichtanfall ist leicht zu erkennen, wenn er unter heftigen Schmerzen, mit phlegmonöser Entzündung und geringer Temperatursteigerung plötzlich an typischer Stelle, z. B. im Großzehengelenk, auftritt. Schwieriger ist die Diagnose, wenn der Anfall polyartikulär auftritt oder nach kurzem monartikulärem Stadium polyartikulär wird. Die Annahme eines Gichtanfalles ist dann nur sicher, wenn ähnliche Attacken vorausgegangen sind und zur Bildung von Tophi (Uratablagerungen in Gelenken, periartikulär und sonst im Bindegewebe) geführt haben, oder wenn es gelingt, eine Hyperurikämie und den für einen Gichtanfall charakteristischen Verlauf der täglichen Harnsäureelimination nachzuweisen (Depression vor dem Anfall, Anstieg im Anfall, zweite Depression nach dem Anfall). Weiter wird die Diagnose unterstützt durch: eine eventuelle Auslösung des Anfalles durch Diätverstöße, prämonitorische Magen-Darmsymptome und das Alter des Kranken. — 2. Die chronische Gelenksgicht entsteht entweder, wenn durch wiederholte akute Anfälle Uratablagerungen sich ausbilden, die nicht mehr resorbiert werden, sondern

dann auch ohne Anfälle allmählich zunehmen und zur Deformation und Destruktion der befallenen Gelenke führen, oder es handelt sich um einen primär chronischen Verlauf mit schleichender Ausbildung von Gelenkinkrustationen und Tophi (namentlich bei der Nierengicht). Bei der „atypischen Gicht" stehen die Uratablagerungen im Hintergrunde, und das Krankheitsbild wird von den polyartikulären destruierenden und deformierenden Prozessen beherrscht. Die Diagnose der chronischen, namentlich der atypischen Gicht kann schwierig sein. Es soll keine chronische Gicht diagnostiziert werden, wenn nicht Tophi oder Uratablagerungen (manchmal nur röntgenologisch) nachweisbar sind oder eventuell die Harnsäureüberladung des Körpers experimentell festgestellt werden kann (niedriger endogener Harnsäurewert im Harn, Hyperurikämie, verzögerte Ausfuhr exogenen Purinmaterials). — 3. Der stationäre gichtische Zustand tritt ein, wenn sich keine Vermehrung der Uratdepots mehr bemerkbar macht; für die Diagnose gelten die gleichen Forderungen wie bei der chronischen Gicht.

Therapie des akuten Gichtanfalles. Das Mittel der Wahl gegen die lebhaften Schmerzen und die Entzündung ist das Colchicin, ein aus der Herbstzeitlose gewonnenes Präparat, das von der Firma Merck-Böhringer-Knoll in fertigen MBK-Kompretten mit je 0.001 g Colchicingehalt geliefert wird. Man verabreicht je nach der Körperbeschaffenheit des Kranken am ersten Tage drei- bis sechsmal eine halbe Tablette, reduziert mit eintretendem Erfolge am zweiten oder spätestens am dritten Tage die Dosis auf die Hälfte und läßt das Mittel am vierten Tage wieder fort. Die Maximaldosis von C., die aber nicht voll gegeben werden soll, ist 0.002 pro dosi. Gut ist auch das Colchicum-Dispert von Krause und die französischen Granules de Colchicine Houdé mit einem Gehalt von je 0.001 Colchicin. Weniger empfehlenswert ist die oft ungleichmäßige Tinct. colchici, deren Maximaldosis 2 g (6 g pro die) beträgt (öst. Pharmakopoe 1.5 g, bzw. 5 g). Wohl überflüssig sind die zahlreichen colchicinhaltigen Geheimmittel, wie Likör Laville, Likör Béjeau, Alberts Remedy, Likör Mylius usw. — Das Colchicin ist sehr giftig und führt bei manchen Menschen schon in therapeutischen Dosen zu schweren Durchfällen, die zum Abbruch der Kur zwingen. In solchen Fällen, wie auch zur Unterstützung der Colchicinwirkung oder bei leichteren Fällen als alleiniges Mittel ist das Atophan zu empfehlen, und zwar 2 bis 3 g täglich in halbgrammigen Dosen oder noch besser zweimal täglich je 5 cm³ Atophanyl venös. — Ebstein rühmt die Wirkung großer Salizyldosen (6 bis 10 g Na salicyl. pro die) im Beginne des Anfalles. Narkotika dürfen nur in Ausnahmsfällen bis zum Beginne der spezifischen Therapie verwendet werden. Bei jedem heftigen Gichtanfall ist anfangs Bettruhe geboten, und das befallene Gelenk wird durch Drahtkorb und Wattepackung geschützt. Sobald die Schmerzen aber anfangen nachzulassen, wird das Gelenk zweckmäßig bewegt und zuerst schonend, möglichst bald voll belastet. Bei leichteren Anfällen erübrigt sich Bettruhe und ausgesprochene Schonung. Die Kost ist im Anfall möglichst knapp, vor allem purinfrei und eiweißarm zu gestalten. Flüssigkeitszufuhr reichlich nach den gleichen Grundsätzen wie bei der chronischen Gelenksgicht.

Die Behandlung der chronischen Gelenksgicht sucht die Harnsäureausschwemmung zu fördern, die Harnsäureproduktion zu vermindern und die Resorption der ausgeschiedenen Urate anzuregen. Letzteres ist im zellulären Stoffwechsel möglich; von vorneherein aussichtslos erscheint es aber bis jetzt, die Harnsäuredepots rein physikalisch oder chemisch durch Zufuhr irgendwelcher Lösungsmittel zum Schwund

bringen zu wollen. Das beste Mittel, um die Harnsäurebilanz des Gichtikers zu beeinflussen, ist das Atophan; es ruft langdauernde Mehrausschwemmung von Harnsäure hervor und wirkt zugleich schmerzstillend auf die Gelenke. Bei der chronischen Gelenkgicht gibt man drei- bis sechsmal täglich 0.5 g, immer nach einer Mahlzeit, etwa eine Woche lang, macht eine Pause von vier bis fünf Tagen, gibt wieder eine Woche die gleiche Menge und geht dann dazu über, allwöchentlich an zwei bis drei aufeinanderfolgenden Tagen die gleiche Behandlung durchzuführen. Das A. macht nicht selten Magenbeschwerden, die manchmal durch gleichzeitig verabreichtes Natriumbikarbonat beseitigt werden. Die große Zahl der Atophanderivate bietet keine Vorteile, nur fehlt dem Novatophan der bittere Geschmack. Wo sich die perorale Applikation verbietet, kann man venös oder muskulär Atophanyl (Atophan mit Salizylsäure) oder Leukotropin (Atophan + Hexamethylentetramin) injizieren, und zwar täglich oder jeden zweiten Tag je 5 cm³. — Gudzent hat nachgewiesen, daß Radiumemanation und Thorium X die Harnsäureausscheidung steigern. Er empfiehlt bei Gicht Inhalationskuren mit Emanation (3 ME pro Liter Luft, 24 Sitzungen zu je zwei Stunden für eine Kur) und in mehrmonatlichen Pausen subkutane Injektionen von je 0.2 mg Thorium X. Eindeutige Erfolge sind damit nicht erzielt worden. — Viel angepriesen in ihrer Heilkraft gegen Gicht wurde die Ameisensäure. Als Erster hat sie Krull in mehr minder homöopathischer Dosis verwendet, alle vier Wochen eine Injektion von 0.1 bis 1 cm³ einer Lösung von 1:1000 bis 1:100.000. Jetzt findet die Ameisensäuretherapie nach Herstellung fertiger Fabrikspräparate wieder mehr Anwendung. Solche Präparate sind das Myrmekan-Krull und das Cisan-Helm (Ameisensäure + kolloidaler Kieselsäure); von letzterem werden in Abständen von vier bis acht Tagen fünf Injektionen zu 1 cm³ gemacht. Eigene Erfahrungen fehlen dem Verfasser, die Literatur ist äußerst spärlich und vor allem ist noch keine theoretische Begründung der Wirksamkeit bekannt. — Eine Verhinderung der Harnsäuresynthese im Organismus wollte man mit Derivaten der Benzoesäure und der Chinasäure (Urol, Sidonal, Urosin usw.) erzielen. Es wurden keine Erfolge erreicht, und auch die theoretische Begründung dieser Medikation stellte sich als irrig heraus. — Die größte Zurückhaltung ist, wie oben erwähnt, gegenüber jenen Mitteln am Platze, die eine physikalische Lösung der ausgefallenen Säure im Körper erstreben. Hieher gehört die Zufuhr verdünnter Salzsäure und von doppelkohlen- und zitronensaurem Natron (Uricedin). Es handelt sich um Reagenzglasreaktionen, die auf den lebenden Organismus durchaus nicht übertragbar sind. Natriumsalze in größeren Mengen scheinen sogar geeignet, den Ausfall des Natriumurats zu beschleunigen. Weiter haben sich die Lithiumsalze als erfolglos erwiesen, ebenso die organischen Basen, die leicht lösliche, harnsaure Salze bilden (Piperazin und Piperidin), und schließlich sind auch die Formaldehyd abspaltenden Medikamente zwecklos. Von Trinkkuren wurden am meisten empfohlen alkalisch-salinische Quellen (Karlsbad), Kochsalzthermen (Wiesbaden) und alkalisch-erdige Quellen (Wildungen). Ihre Wirkung beruht wohl nur auf einer „Durchspülung" des Organismus, bei der auch Harnsäure mit eliminiert wird. Denn wenn auch nachgewiesen wurde, daß Kalzium und Sulfate den Purinstoffwechsel einschränken, so handelte es sich bei diesen Experimenten um viel größere Salzmengen, als sie bei der Trinkkur je zugeführt werden können. Lithiumhaltige Brunnen verdienen nach dem oben Gesagten keinen Vorzug. Schließlich ist zu bedenken, daß (wie oben erwähnt) salzreiche Quellen mit erheblicher Natriumkonzentration eventuell nachteilig wirken können. — Zur Badebehandlung eignen sich vor allem Thermalbäder (Wiesbaden, Aachen, Gastein, Teplitz), die die Resorption von ausgeschie-

denen Uraten, Exsudaten und anderen Gelenksveränderungen anregen. Neben der hohen Temperatur dieser Quellen kommt vielleicht noch die Radioaktivität in Betracht (Gastein, Kreuznach). Die Badebehandlung muß durch Anwendung aller geeigneten anderen physikalischen Heilmethoden ergänzt werden; Massage, Diathermie und Schwitzprozeduren sind von Vorteil. Der Gichtiker soll seine Gelenke nicht schonen, sondern beanspruchen, soweit es möglich ist. — Die purinarme Diät ist natürlich das beste Mittel, um den Purinstoffwechsel zu beschränken und den Purinhaushalt des Gichtikers zu bessern. Da ferner auch das Eiweiß die Harnsäureproduktion im Körper erhöht, darf seine Zufuhr das notwendige Minimum nicht erheblich überschreiten. Natürlich soll die Kost, die ja eine dauernde sein muß, nicht allzugroße Härten und Eintönigkeit aufweisen. Sehr purinreich sind: alle drüsigen Organe und die kleinen Fischsorten (Sardinen). Purinreich: alle Fleisch- und Fischsorten und Hülsenfrüchte. Mäßig purinhältig: Pilze, Spinat, Spargel, Kohlrabi, Blumenkohl. Purinarm: die übrigen Gemüse. Purinfrei: Milch, Eier, Käse, Zerealien, Brot und Obst. — Bier und Wein enthalten nur Spuren von Purinkörpern. Die Kost des Gichtikers wird also im allgemeinen laktovegetabilisch sein. In vielen Fällen wird man freilich ein bis zwei Tage in der Woche etwas Fleisch erlauben, um den Patienten nicht zu sehr ermüden. Alkoholgenuß ist stark zu beschränken oder noch besser ganz zu untersagen, da er erfahrungsgemäß Gichtanfälle auslösen kann. Kaffee, Tee und Kakao können in mäßigen Mengen genommen werden. Ein schädlicher Einfluß der früher streng perhorreszierten Gewürze, des Essigs und Senfs ist nicht bekannt.

Bei der stationären Gicht bestehen die Anomalien des Purinhaushaltes fort und sind zugleich alte gichtische Gelenksveränderungen vorhanden. Man wird hier also — etwas gemildert — die Behandlung der progredienten Gelenksgicht anwenden. Es empfiehlt sich, jede Woche an zwei Tagen je 2 bis 3 g Atophan nehmen zu lassen. Die Zufuhr an Purinen in der Nahrung sei beschränkt, zweckmäßig werden wöchentlich zwei Schonungstage mit purinfreier Diät eingeschaltet. Die Behandlung der veränderten Gelenke erfolgt physikalisch und balneologisch, wie oben beschrieben.

Die Gichtiker leiden häufig an Erkrankungen, die nicht unmittelbare Folgen des gestörten Purinhaushaltes sind, wie Magen-Darmkatarrhe, Neuralgien, Iritis, Schrumpfniere, Fettleibigkeit, Gallen- und Nierensteine und Bronchialasthma. Die Behandlung dieser Leiden erfolgt unabhängig neben der Gichtbehandlung.

Im ganzen sind die Fortschritte in der Behandlung der Gicht seit der Erkenntnis von der Bedeutung der Purinzufuhr und seit der Entdeckung des Atophans gering. Wir werden wohl erst dann wesentlich weiter kommen, wenn wir die Ursachen der Uratanhäufung im Körper und die Bedingungen des Uratausfalles im Gewebe kennen gelernt haben. (Klin. Wschr. Nr. 29, 1925.)

Kieselsäuretherapie.

Von Prof. F. Linthlen (Wien).

Die Kieselsäure bedingt die Elastizität der Gewebe und nimmt mit zunehmendem Alter ab, wobei der Kalkgehalt ansteigt. Ihre Zufuhr ist somit zunächst bei allen Alterserscheinungen angezeigt, jedoch nur streng venös erfolgreich und gefahrlos (1%ige Lösung von Natr. silicicum puriss.

Merck, alle zwei Tage 1 cm³ venös, 15 bis 20 Injektionen), da im Alter die Resorbierbarkeit der SiO_2 durch den Darm verloren zu gehen scheint. Die besten Resultate sieht man beim essentiellen senilen Pruritus mit trockener, schilfernder Haut, die wieder glatt, weich und besser durchblutet wird; ferner bei akuten und chronischen Ekzemen, Psoriasis, Lichen und Furunkulose älterer Leute. Auch Arteriosklerose (Angiospasmen!) und Stenokardie werden gebessert.

Bei jüngeren Leuten genügt die längere Verabfolgung von Kieselsäuretee (Herb. equis. min. 75, Herb. polygon. 150, Herb. galeopsid. 50) oder eines organischen Präparates. Indikationen: Lungentbc. (Erhöhung der Elastizität und Widerstandskraft des Lungengewebes), arsenresistenter Lichen ruber planus. (W. kl. W. Nr. 27, 1925.)

Olivenöl muskulär bei chronischer Niereninsuffizienz,

und zwar mehrmals wöchentlich, eventuell sogar täglich 20 bis 40 cm³ Ol. oliv. steril. glutäal, bessert nach Prof. H. Zondek und H. Bernhardt (I. Med. Univ.-Klinik His, Berlin) die (prä)urämischen Symptome (Dyspepsie, Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Apathie usw.), auch wenn alle üblichen Mittel versagen. Das kalorienreiche Öl verringert den toxischen Eiweißzerfall und den erhöhten Grundumsatz. Das Wohlbefinden kann monatelang anhalten.

Auch bei hochgradigen Inanitionszuständen und Appetitlosigkeit leisten die Injektionen gute Dienste. (Die Ther. d. Gegenw., H. 6, 1925.)

Über eine Pyramidonvergiftung

berichtet Ratky (Prag). Eine 36jährige Frau nahm wegen heftiger Gesichtsneuralgie die ganze Nacht hindurch Pyramidonpulver, zum Schlusse 20 Tabletten auf einmal, insgesamt 7 g. Am Morgen Kollaps, fliegender Puls bei normaler Atmung und freiem Sensorium; Vernichtungsgefühl, allgemeines Zittern, Parästhesien, starker Harndrang. Durch Magenspülung wurden etwa 2 g Pyramidon entleert, durch Milch und warmes Seifenwasser weiteres Erbrechen herbeigeführt und Bitterwasser gegeben. Verlauf: Anhaltender Tenesmus der Blase, Harn dunkelrot (Rubazonsäure). Starke Steigerung der Sehnenreflexe an den Beinen. Nach zwei Tagen Einsetzen hoher Temperaturen, die sprunghaft, unregelmäßig bis über 40° anstiegen (Schädigung des Wärmezentrums). Puls 72, voll, regelmäßig. Tonische Krämpfe in linker Seitenlage; Benommenheit. Der Blasenkrampf hörte dann auf, der Harn wurde heller, war eiweißfrei. Die folgenden Tage ähnliches Verhalten der Temperatur, die auf Chinin herunterging. Toxisches Exanthem im Gesicht, späterhin auch an den Schleimhäuten, starke Schweiße. Die Vergiftungserscheinungen zogen sich in dieser Art mehrere Wochen hin, um nur sehr allmählich einer Erholung zu weichen. (Wiener Arch. f. inn. Med. Bd. 10, H. 3, 1925.)

Die Tuberkulose-Schutzimpfung beim Menschen

ist durch die Arbeiten von Calmette, Langer und Moro (siehe „Ars Medici" S. 14, 1925) wieder zur Diskussion gestellt worden. Prof. Selter (Königsberg) hat schon seit Jahren Versuche angestellt und ist der Meinung, daß nur eine Impfung mit abgeschwächten lebenden humanen Tbc-bazillen in Frage kommt. E

verwendete bei neun gefährdeten Säuglingen eine Emulsion von drei verschiedenen humanen Tbc-bazillenstämmen, welche die 7., 14. und 28. Generation der Züchtung erreicht hatten. Von jeder Kultur wurden etwa 10 mg abgenommen und im Achatmörser vier Stunden verrieben, wodurch die Bazillen zum größten Teil aufgeschlossen waren. Die Emulsion wurde mit Kochsalzlösung aufgenommen, so daß in 1 cm^3 10 mg Bazillensubstanz waren, und blieb bis zum nächsten Tag im Eisschrank, um die noch vorhandenen Bazillenklümpchen absetzen zu lassen. Der überstehende Teil der Emulsion wurde dann abgenommen und ausgezählt. Kurz vor der Impfung wurde der Impfstoff mit Kochsalzlösung weiter verdünnt, so daß sich in ½ cm^3 die gewünschte Zahl von Bazillen befand. Die Kinder erhielten am Oberschenkel subkutan eine einmalige Injektion von 10.000, 1000, 100, 60, 25 und 12 Bazillen. Es bildete sich lokal meist ein Knötchen mit Leistendrüsenschwellung; das Knötchen wurde zweimal eitrig; aber stets trat dann spontane Heilung ein. Eine Propagation der Tbc. auf die Lunge und den Gesamtorganismus fand nie statt, auch in dem einen später gestorbenen Falle nicht, wie die Sektion nachwies. — Die Versuche zeigten, daß eine Tbc-Schutzimpfung des Menschen ohne Schädigung möglich sein wird. Selbst schwere interkurrente Krankheiten, wie Pneumonie, Diphtherie, Scharlach und Influenza haben den durch die Impfung gesetzten Schutz nicht gebrochen und keine Aktivierung der Tbc-Infektion herbeigeführt. Das Verfahren ist aber selbstverständlich für die Praxis noch nicht reif und wird wohl auch niemals die natürliche Tbc-Impfung, wie sie ohne unser Zutun im Kindesalter erfolgt, ersetzen können. Es wird deshalb stets nur für eine beschränkte Anzahl besonders gefährdeter Kinder in Frage kommen. (D. m. W. Nr. 29, 1925.)

Neurologie und Psychiatrie.

Zur Bromtherapie.

Herr Dozent Dr. H. Januschke schreibt uns: „Zu der Arbeit von Oppenheimer („Ars Medici“ 1925, S. 322) und zu der darauf erfolgten Äußerung von A. Erlenmeyer („Ars Medici“ 1925, S. 437) möchte ich, soweit die Bemerkungen an meine Experimentaluntersuchungen (Ztschr. f. d. ges. exp. Med. 1918, VI, 1, S. 16) anknüpfen, zur Klarstellung des Sachverhaltes folgendes hinzufügen: Das pharmakodynamische Schwergewicht bei der von Erlenmeyer angegebenen Bromsalzkombination liegt zweifellos in dem Mengenverhältnis $NaBr : KBr : NH_4Br = 2:2:1$; die Konzentration der Lösung ist Nebensache. Dies geht z. B. aus folgendem Versuch hervor: Man kann Meerschweinchen ähnlich wie durch NaBr auch durch subkutane Injektion einer hinsichtlich des Bromgehaltes äquivalenten Menge der Erlenmeyermischung einschläfern. Injiziert man jedoch einem Meerschweinchen das in dieser Schlafdosis der Mischung enthaltene Bromammonium allein, so stirbt das Tier akut unter Krämpfen und Lähmung. Durch die Kombination mit Bromnatrium und Bromkalium im genannten Verhältnis wird also eine an sich tödliche Bromammoniummenge entgiftet!! — Nach Erlenmeyers Ansicht soll sein

„Bromwasser“ [1] das erste pharmakologische Präparat gewesen sein, das nach dem modernen Potenzierungsprinzip schon 1884 hergestellt wurde. Nach meinen bisherigen Versuchen liegt jedoch die Sache nicht so einfach. Von einer „Verstärkung“ der Wirkung könnte man bei der durch subkutane Injektion erzeugten Narkose der Meerschweinchen sprechen, welche bei der Erlenmeyermischung sehr rasch, schon binnen Minuten sich entwickelt (Ammoniumwirkung), während der reine Bromnatriumschlaf erst nach zwei bis drei Stunden voll ausgebildet ist (Bromionenwirkung). Anders liegt aber die Sache, wenn man sich bemüht, verschiedene motorische Zentren im Nervensystem der Kaninchen gegen Krampfreize zu schützen. Vor allem ist hier die intravenöse Injektion der Erlenmeyermischung unmöglich, da schon minimale Dosen die Tiere unter heftigsten Krämpfen töten (im Gegensatz zu Bromnatrium). Und während Bromnatrium sowohl im akuten Versuch subkutan als auch im chronischen Versuch per os die epileptiformen Krämpfe infolge von Kokain (Zentren der Hirnrinde), von Kampfer (Zentren im verlängerten Mark) und von Pikrotoxin (Zentren im Rückenmark) verläßlich verhütet, vermag die Erlenmeyermischung subkutan im akuten Versuch die Zentren der Hirnrinde und im Rückenmark nicht zu schützen, sondern nur die Zentren in der Medulla oblongata (Kampfer). Die Schutzwirkung auf die letzteren ist aber quantitativ nicht stärker und nicht schwächer als bei Bromnatrium oder Bromkalzium. Im chronischen Versuch per os wiederum schützt die Erlenmeyermischung die Zentren der Hirnrinde genau so wie Bromnatrium.

Bei Versuchen an epileptischen Kindern, welche durch Na Br in einer bestimmten Dosis nicht vollkommen anfallsfrei zu machen waren, vermochte die Erlenmeyermischung in Mengen mit gleichem Bromgehalt auch nicht mehr und nicht weniger zu leisten. Man sieht also vorläufig von einer „Verstärkung“ der Bromwirkung in der Erlenmeyermischung nichts; die Mischung ist ein kompliziertes und interessantes biologisches Problem, das bisher niemand geahnt hat. Wird die Erlenmeyer-Mischung etwa in gleichen Gewichtsmengen verschrieben wie Bromnatrium, dann ist eine gewisse „Verstärkung“ der Wirkung selbstverständlich, weil der Bromidgehalt der Mischung etwas größer ist als bei Na Br: 2.8 g Erlenmeyermischung z. B. leisten bei chronischer Darreichung per os an den physiologischen Angriffsstellen der Bromide dasselbe wie 3 g Na Br; bzw. 3 g Erlenmeyermischung wirken stärker als 3 g Na Br, eine „Überlegenheit“, welche natürlich durch entsprechende Steigerung der Na Br-Menge glatt ausgeglichen wird.“

Ergotamin und Sympathikus.

Stoll hat im Jahre 1918 aus dem Mutterkorn das Ergotamin dargestellt; es wird jetzt unter dem Namen „Gynergen“ in den Handel gebracht und hat sich in der Geburtshilfe und Gynäkologie als wohl stärkstes Sekalepräparat erwiesen. Dozent Rothlin (Basel) prüfte das Ergotamin pharmakologisch und tierexperimentell in seinen Beziehungen zum Sympathikus. Es ergaben sich klare, einwandfreie und leicht nachweisbare Verhältnisse.

[1] Der Name „Bromwasser“ ist von der Chemie für die wässerige Lösung von elementarem, molekularem Brom (Br_2) beschlagnahmt. Auch biologisch ist es nicht empfehlenswert, Bromsalzlösungen, welche das Element in der Bromidform enthalten, mit dem Namen des molekularen Broms zu belegen, da Brommolekül und Bromion im Organismus z. T. ganz verschiedene Angriffspunkte haben. So kann man z. B. mit „Bromwasser“ (Br_2) das Nervensystem und Herz bei Fröschen narkotisieren oder lähmen, mit Bromsalz (Bromid) hingegen niemals.

Das Ergotamin übt eine lähmende Wirkung auf die peripheren Nervenendigungen des Sympathikus aus, und zwar sowohl auf die fördernde als auf die hemmende Funktion des Sympathikus. Ist dieser lähmende Einfluß schon beim normalen Sympathikus deutlich, so macht er sich noch in verstärktem Maße beim krankhaft erregten Sympathikus geltend. Es ergibt sich folgende interessante und praktisch höchst wichtige Analogie: Der Parasympathikus wird vom Pilokarpin erregt, vom Atropin gelähmt; der Sympathikus von Adrenalin erregt, von Ergotamin gelähmt.

Es ist daher zu erwarten, daß bei sympathikotonischen Zuständen (insbesondere des Zirkulationssystems) Ergotamin eine günstige Wirkung ausübt. Hieher gehören die sympathisch ausgelöste Tachykardie, Gefäßspasmen allgemeiner (essentielle Hypertonie) und lokaler Art (Migräne, Angina pectoris). In der letzten Zeit ist die chirurgische Behandlung dieser Zustände modern geworden, nämlich die periarterielle Sympathektomie. Aber der Begründer dieses Verfahrens, Leriche, selbst empfiehlt noch Zurückhaltung mit dieser Operation. Und da wir nun in der Gynergentherapie ein nichtoperatives wirksames Mittel haben, wird man es sich doppelt überlegen, Ganglienzellen und Nervenfasern, die zum Teil noch normal funktionieren, durch eine immerhin nicht ungefährliche Operation auszuschalten.

Weitere Krankheitsbilder, bei denen die Symptome sympathischer Übererregbarkeit im Vordergrunde stehen, sind die klimakterischen Störungen, Urtikaria, Glaukom, Spermatorrhoe, Epilepsie und vor allem die Basedowsche Krankheit. Bei allen diesen wird man sich des Ergotamins in differentialdiagnostischer und therapeutischer Hinsicht bedienen können. Für Basedow liegen bereits praktisch günstige Erfahrungen vor („Ars Medici" 1925, S. 377 und 1924, S. 249). Prof. Porges und Adlersberg schreiben: „Zunächst hat das Ergotamin einen gewaltigen Einfluß auf die subjektiven Symptome der Kranken. Sie geben übereinstimmend an, daß die Herzpalpitationen aufhören, die Unruhe schwindet, das Zittern nachläßt und die Schlaflosigkeit beseitigt wird. Von objektiven Symptomen sieht man hochgradige Verminderung der Herzfrequenz, Schwinden der Herz- und Gefäßgeräusche, als ob sich die Zirkulation verlangsamt hätte; die Lidspalte verkleinert sich, die Protrusio bulbi geht zurück, Zittern und Schwitzen hören auf. Noch viel nachhaltiger ist die Wirkung bei Applikation des Mittels durch eine Reihe von Tagen. Wir haben es bei vier Fällen durch 10 bis 14 Tage in der Dosis von zweimal täglich ¼ mg subkutan verabreicht, außerdem bei zwei ambulanten Fällen in der Dosis von zwei bis drei Tabletten (zu 1 mg) täglich per os gegeben. Alle Patienten zeigen eine wesentliche Besserung." — Merke rühmt die Wirkung des Ergotamins bei Basedow vom Standpunkt des Chirurgen bei der Vorbereitung vor der Operation und bei der Nachbehandlung. — Porges und Adlersberg erzielten mit dem Ergotamin auch gute Erfolge bei Frauen mit klimakterischen Beschwerden. — Prof. Maier (Zürich) konnte einige Fälle konstitutioneller, also nicht durch bestimmte Speisen ausgelöster Urtikaria und zwei hartnäckige sympathikotonische Migränefälle günstig beeinflussen. Verfasser selbst erzielte ebenfalls bei zwei Migränekranken Erfolg. (Klin. Wschr. Nr. 30, 1925.)

Lues cerebri — Behandlung.

Handelt es sich um einen Patienten mit Lues cerebri[1], der noch gar nicht oder nur vor langer Zeit antiluetisch behandelt wurde, so beginnt

[1] Lues c. ist hier im engeren althergebrachten Sinne gemeint, d. h. Paralyse und Tabes sind in dieser Arbeit vom Verfasser nicht besprochen.

man nach Prof. Henneberg (Berlin) in allen nicht dringlich erscheinenden Fällen mit Schmierkur und Jod. Nach etwa 10 Tagen geht man zur Salvarsanbehandlung über, wenn dagegen keine Bedenken auf Grund irgendwelcher Komplikationen vorliegen und die Krankheitserscheinungen nicht nur leichte sind. Bei dringlichen Fällen (Lähmungen, Sprachstörungen usw.) beginnt man gleich mit kleinen, allmählich steigenden Salvarsandosen und fügt später in irgendeiner Form Hg hinzu. Nach Abschluß der kombinierten Kur verordnet man für längere Zeit Jod. Auch bei Schwinden der positiven Reaktionen im Liquor und der klinischen Symptome muß in Abständen von einigen Monaten eine zweite und dritte Kur unternommen werden, eventuell unter Substitution des Hg durch Wismut. — Ist der Patient schon wegen Lues c. in Behandlung gestanden, so wird man eine Kombination von Mitteln wählen, die noch nicht in Anwendung gebracht waren. Versagt die Behandlung und liegen nicht lediglich bereits irreparable Residuen eines abgelaufenen luischen Prozesses vor (vielfach wird in solchen Fällen zweck- und ziellos weiterbehandelt), so kommt als ultimum refugium eine Proteinkörper-, bzw. Fieberbehandlung in Kombination mit Salvarsan (eventuell endolumbal) in Frage. Findet man bei einem Patienten, der früher an Lues c. gelitten hatte, bei einer Nachuntersuchung einen positiven Liquor, so wird man immerhin zu einer „Sicherheitskur" raten, wenn die Liquorreaktion stark positiv ist und die Zellvermehrung (als Ausdruck einer noch floriden Entzündung) eine bedeutende ist; eine solche Sicherheitskur ist wegen der Gefahr einer Mobilisierung der Lues c. recht vorsichtig einzuleiten und mit Hg oder Wismut zu beginnen. Liegt lediglich eine schwach positive Reaktion des Liquors vor, so nimmt man besser von einer Sicherheitskur Abstand, beobachtet aber den Patienten weiter.

Nicht selten findet man bei einem Patienten zufällig Lichtstarre der Pupillen ohne weitere klinische Erscheinungen. Sind in solchen Fällen auch die Blut- und Liquorreaktionen negativ, so wird man von einer Behandlung absehen können. Es handelt sich hier wahrscheinlich (falls die Pupillenstarre nicht ein Residuum einer überstandenen Enzephalitis ist) um eine spontan oder infolge von früheren Kuren ausgeheilte Lues c. oder um eine stationäre, ganz abortive Tabes.

Besonders ungünstig für die Therapie liegen die Fälle von vaskulärer Hirnlues (Endarteriitis obliterans), in denen es rasch zu wiederholten Insulten auf Grund von thrombotischer multipler Enzephalomalazie kommt, welche oft zu pseudobulbär-paralytischen Symptomen und zu Demenz führen. Hier sind die Erfolge der antiluetischen Mittel oft recht unbefriedigend. Es gelingt nicht einmal immer den Prozeß durch die Behandlung (Jod ist besonders angezeigt) zum Stillstand zu bringen, auch dann nicht, wenn die Reaktionen dauernd negativ geworden sind oder es von vornherein waren.

Epilepsie, auch Krämpfe bei Säuglingen, können das einzig feststellbare klinische Symptom einer Lues c., bzw. einer Lues c. hereditaria sein. Nur manchmal hat hier eine antiluetische Behandlung Erfolg. In jedem Falle von Epilepsie, namentlich auch von Spätepilepsie, ist daher nach Lues zu fahnden und beim geringsten Verdacht versuchsweise eine Kur einzuleiten. Ebenso soll man stets bei zerebraler Kinderlähmung, Hydrozephalus, Idiotie usw. an Lues hereditaria denken. In der Regel handelt es sich hier allerdings um abgelaufene Prozesse, die durch antiluetische Kuren nicht zu beeinflussen sind.

Ein operativer Eingriff kommt bei Lues c. nur in Frage, wenn das Krankheitsbild eines lokalisierbaren Hirntumors vorliegt und die Symptome trotz ausgiebiger antiluetischer Behandlung progredient sind, wenn also ein nichtluetischer Tumor nicht mit Sicherheit auszuschließen ist. Weiter bieten die Fälle von Rindenepilepsie auf Grund luetischer Prozesse an den Meningen und im Gehirn im Bereich der motorischen Zone eine Indikation zur Trepanation, wenn die antiluetische Therapie versagt. Der Reiz kann von narbigen Veränderungen ausgehen, die für die antiluetische Behandlung nicht mehr angreifbar sind. Bei gehäuften Anfällen (Status hemiepilepticus) kann die Indikation eine vitale sein. Bei Hydrozephalus infolge von Hirnlues kann man in die Lage kommen, Ventrikelpunktion, Balkenstich, Okzipitalstich oder Trepanation anwenden zu müssen. In leichteren Fällen kommt man mit wiederholter Lumbalpunktion aus. Eine (öfters wiederholte) Lumbalpunktion hilft auch gelegentlich bei hartnäckigem luischen Kopfschmerz. Auch bei spinaler Lues kann eine operative Behandlung (die Laminektomie) angezeigt sein, und zwar wenn Progression der Erscheinungen trotz antiluetischer Kuren den Verdacht eines nichtluetischen Tumors erwecken, oder wenn heftige Schmerzen oder Lähmungen infolge von Schwielenbildung und zirkumskripter meningealer Narbenbildung bestehen und der antiluetischen Behandlung trotzen. Es ist wiederholt gelungen (Chipault, Oppenheim, Krause, Förster), solche Schwielen, Narben und Granulationsgewebe zu entfernen und Schmerzen und Lähmung zu bessern.

Proteinkörper und fiebererregende Verfahren werden heute zur Behandlung luischer Prozesse vielfach herangezogen. In Frage kommen die in der Tabes- und Paralysebehandlung erprobten Mittel: Yatren-Kasein, Novoprotin, Phlogetan, Milch, Vakzineurin, Na nucleinicum, Tuberkulin, Typhusvakzine und Infektionen mit Malaria und Rekurrens. In gewöhnlichen Fällen von Lues c., die auf medikamentöse Kuren prompt reagieren, wird man von der Reizkörper-Fieberbehandlung absehen können. Man wird sich zu ihr entschließen, wenn Paralyseverdacht besteht, und in Fällen, wo eine spezifische Therapie gar keine Erfolge zeitigt. Kyrle empfahl für Lues c. eine kombinierte Neosalvarsan-Malariatherapie, mit der in zahlreichen Fällen von älterer Lues der positive, jeder anderen Behandlung gegenüber refraktäre Liquor assaniert wurde; einige günstig lautende Nachprüfungen liegen bereits vor. (Klin. Wschr. Nr. 28, 1925.)

Zur Lyssaschutzimpfung.

Der Vorstand der Wiener Schutzimpfungsanstalt, Dozent B. Busson, bespricht die Gründe, die gegen die Freigabe der Schutzimpfung an die Allgemeinpraxis sprechen. Im Wiener Institut wird das Verfahren nach Högyes verwendet, da nach der alten Pasteurschen Methode manchmal Lähmungen auftreten, deren Ursache nicht sichergestellt ist. Da aber bei ersterem täglich frische Mark-Emulsionen verwendet werden müssen, ist die Versendung ausgeschlossen. Weiter ist zu bedenken, daß die Gesamtmortalität der Schutzgeimpften 1.2% beträgt, die der Kopf-, Arm- und Handbisse jedoch bei Pasteur-Impfung 8.9%. Für letztere ist daher ein rascheres Verfahren erforderlich, und zwar die Äthermethode nach Alivisatos, bei welcher sehr große Dosen ganz frischen Marks wutkranker Kaninchen rasch hintereinander injiziert werden. Auch dieser Impfstoff ist nicht versendbar. Unter 672 Schutzgeimpften im Jahre 1924 befanden sich 42 Kopfbisse und über 100 Armbisse und alle wurden gerettet. Bei Dezentralisierung der Impfung müßten somit die wirksamsten Methoden aufgegeben werden.

Die Frage der prophylaktischen Impfung der Hunde ist noch nicht spruchreif. (Näheres hierüber in der ausführlichen Arbeit von Rudolfine und R. Menzel (Linz a. d. D.): „Über den gegenwätigen Stand der Wutforschung." M. Kl. Nr. 26, 1925.) (W. kl. W. Nr. 28, 1925.)

Narkolepsie.

Bisher wurden etwa 35 Fälle des Krankheitsbildes beschrieben, dem Gélineau im Jahre 1880 den Namen „Narkolepsie" (= Schlafanfallsucht) gegeben hat. Nachdem anfänglich manche nicht hiehergehörige Kranke mit nicht eindeutiger Symptomatologie als Narkolepsie angesprochen worden waren, hat Löwenfeld 1902 eine genaue Symptomatologie aufgestellt, die heute noch zutrifft. Während des Krieges ist man wieder auf das Leiden aufmerksam geworden, da manche davon Befallene in gefährlichen Situationen vom Schlafanfall heimgesucht wurden. Als charakteristisch für die Narkolepsie gilt heute: 1. in allen Situationen auftretende Anfälle mehr oder weniger tiefen Schlafes und; 2. eine eigenartige Reaktion der Kranken auf Affekterregungen aller Art.

Hilpert (Universitäts-Nervenklinik, Jena) beschreibt einen typischen Fall bei einem 18jährigen Bauarbeiter. Die ersten Krankheitszeichen treten meist in der Pubertätszeit auf. Erbliche Belastung wird oft betont, so war im vorliegendem Falle der Vater des Patienten Trinker, dessen Vater wiederum hatte durch Suizid geendet. Ein Onkel war durch einen Krampfanfall beim Angeln ertrunken. Zusammenhänge der Erkrankung mit Fettsucht und Wachstumsstörungen wurden wiederholt beobachtet. Auch im hier geschilderten Falle nahm der Patient auffallend schnell an Größe und Körpergewicht zu und eine Schwester seines Vaters litt an starker Adipositas. Krampfzustände in einzelnen Muskelgruppen des Gesichtes kamen bei dem Patienten (wie auch bei anderen Fällen der Literatur) vor. Was das erste Kardinalsymptom, die Schlafanfälle, betrifft, so schlief unser Patient drei- bis viermal täglich ein (meist wenn er allein gelassen wurde, Langeweile hatte, aber auch beim Gehen auf der Straße, einmal sogar bei der Arbeit auf dem Gerüst); der Schlaf war tief, dauerte jedesmal dreiviertel bis eineinhalb Stunden und hatte den Charakter des physiologischen Schlafes. Patient war schwer zu erwecken; nach dem Aufwachen war er hie und da gereizt (attackierte einmal seine Mutter), fühlte sich aber sonst wohl. Die Therapie bestand in täglich einmal 0.1 g Luminal, zweimal 0.15 Koffein und hatte insofern Erfolg, als Patient danach nur mehr ein bis zwei Anfälle täglich hatte. In der Literatur sind viel schwerere Fälle bekannt; so hatte der Kranke Gélineaus z. B. bis zu 100 Anfällen täglich. — Das zweite Kardinalsymptom besteht in einer eigenartigen Reaktion auf Affekterregungen. Bei unserem Kranken hatte das Leiden damit begonnen, daß er bei lebhaftem Lachen stets umfiel, sich einige Sekunden nicht bewegen und nicht sprechen konnte, dabei aber alles hörte. Dasselbe geschah, wenn er in Zorn geriet und zu einem Schlage gegen jemanden ausholte. Bei einem von Westphal beobachteten Kranken genügte es, wenn er für einen zweier streitender Knaben Partei ergriff, um hinzustürzen. Ein Patient Redlichs fiel stets um, wenn er seinen Sohn züchtigen wollte, und sogar beim Bericht über diese Erscheinung trat bei ihm ein Anfall auf. Bei stärkerem Lachen fallen alle solche Kranken um („Lachschlag"), und es kommt dabei häufig zu Urinabgang.

Zur Erklärung des eigentümlichen Krankheitsbildes der Narkolepsie hatte man bisher nur allgemein auf die Analogien mit der Epilepsie hinge-

wiesen, daher auch der Name. Erst Redlich gab in neuerer Zeit (Ztschr. f. d. ges. Neur. Bd. 95, 1925) eine plausible Begründung. Er verweist auf die Encephalitis epidemica, bei der Schlafsucht und oft darauffolgende Schlaflosigkeit auftreten. Nach neueren Forschungen ist die Annahme eines Schlafzentrums sehr wahrscheinlich geworden („Ars Medici" 1923, S. 390). Die Schlafsucht dürfte also einer Entzündung dieses Schlafzentrums in der Wand des III. Ventrikels entsprechen, während später die Degeneration dieses Zentrums Schlaflosigkeit hervorruft. Die Narkolepsie dürfte ebenfalls eine Überregbarkeit dieser Zentren zur Grundlage haben. Die Affektreaktionen bei der Narkolepsie faßt Redlich als plötzlichen Tonusverlust der Muskulatur auf, und es ist ja bekannt, daß der Tonus der quergestreiften Muskulatur von einer Reihe von Zentren im Mittel- und Zwischenhirn geregelt wird (Enzephalitischer Rigor, Zuckungen, Parkinsonismus und Parkinsonsche Krankheit; siehe „Ars Medici" 1922, S. 512). Die Narkolepsie ist also etwa zu klassifizieren als ein konstitutionelles Leiden, das ähnlich wie die Epilepsie in der Pubertät zu beginnen pflegt mit einer gesteigerten Erregbarkeit der vegetativen Zentren des Zwischenhirns. Den schon bisher als Zwischenhirnreizzuständen angesprochenen Krankheitsbildern der Epilepsie, der Migräne und der Encephalitis lethargica gliedert sich die Narkolepsie als scheinbar reinster Typ der Zwischenhirnerkrankungen an. (Klin. Wschr. Nr. 32, 1925.)

Chirurgie.

Allerlei kleine Chirurgie.

Von Prof. G. Magnus (Jena).

Instrumentarium. Zur Schonung der Instrumente ist beim Kochen dem Wasser Soda zuzusetzen, und zwar ein Eßlöffel auf 1 l. Dadurch wird die in den meisten Wässern vorhandene, den Instrumenten gefährliche Säure neutralisiert und unwirksam. Auf die Sterilisation selbst hat der Sodazusatz natürlich keinen Einfluß. Nur bei der Lokalanästhesie ist Sodazusatz streng zu meiden, da schon geringe Mengen von Soda das Kokain und seine Derivate unwirksam machen. — Häufig ist die Aufbewahrung der Instrumente schuld an ihrem raschen Verfall, wenn nämlich im gleichen Schranke Jodtinktur oder gar Salzsäure und rauchende Salpetersäure stehen. Auch unter den Verhältnissen des Praktikers müssen die vernickelten Instrumente getrennt von allen Medikamenten und auch von Gegenständen aus Gummi aufbewahrt werden.

Lokalanästhesie. Das geeignete Instrument für die Lokalanästhesie ist die Rekordspritze, die nur aus Glas und Metall besteht. Für die Kanüle ist das Platin-Iridium das schönste, allerdings auch weitaus teuerste Material. Brauchbar ist auch das Nickelin. Stahl ist zu spröde, rostet zu leicht und bricht dann gerade im ungeeignetsten Moment; außerdem ergibt die Injektion mit rostiger Kanüle um die Einstichstelle herum häßliche, punktförmige Tätowagen, die sich nicht wieder entfernen lassen. Die Technik der Leitungsanästhesie an großen Nerven (Trigeminus, Ischiadikus) ist recht schwer; was aber der praktische Arzt zur Entfernung eines Fremdkörpers, zur Exstirpation eines Atheroms oder zur Operation eines

eingewachsenen Nagels braucht, ist denkbar einfach. Die 1%ige Lösung von Novokain-Adrenalin, die sich aus den Tabletten der Höchster Farbwerke jederzeit frisch herstellen läßt, genügt für alle Zwecke; Intoxikationen sind bei den in Frage kommenden Mengen nicht zu befürchten. Am Finger oder an der Zehe wird die Leitungsunterbrechung an der Basis vorgenommen; der ganze Querschnitt wird in Form einer Scheibe infiltriert. Wird die Menge groß genug genommen (etwa 10 cm³) und wird lange genug gewartet, so gibt es keine Versager. An allen anderen Stellen wird die Anästhesie durch „Umspritzung" bewirkt. Außerhalb des Operationsgebietes wird eingestochen und das ganze Feld durch eine Sperre von Novokain-Ödem abgeriegelt; auch unter das Operationsgebiet wird gespritzt, so daß etwa ein Atheron der Kopfhaut auf dem Novokain-Ödem schwimmt. Durch die Infiltration wird das Operationsgebiet oft unübersichtlich, ebenso durch den Jodtinkturanstrich. Man zeichnet sich deshalb den Tumor oder die geplante Schnittlinie vorher mit einem etwas angefeuchteten Höllensteinstift an. Beim Anstrich mit Jodtinktur fällt dann an dieser Stelle weißes Jodsilber aus, wodurch eine sichere und klare Orientierung ermöglicht wird.

Die Allgemeinnarkose kann auch der Praktiker (z. B. bei Luxation, Phlegmone, Nackenkarbunkel) nicht entbehren. Der Chloräthylrausch ist heute die einfachste und bei richtiger Ausführung wohl auch ungefährlichste Form der Narkose. Das Chloräthyl wird auf einen Tupfer oder Wattebausch getropft und auf das Gesicht des Patienten gebracht. Tritt eine Exzitation auf, so besteht Gefahr, und der Rausch ist sofort abzubrechen. Ferner ist es gefährlich, den Rausch in eine Chloräthylnarkose übergehen zu lassen; er eignet sich nur für kurze Eingriffe. Und schließlich ist das Chloräthyl nicht unbedenklich bei Kindern. Mit diesen drei Einschränkungen ist der Chloräthylrausch so wenig gefährlich und so brauchbar, daß er empfohlen werden kann. Selbstredend ist, wie bei jeder Narkose, vorher das Herz zu untersuchen, ein etwaiges künstliches Gebiß zu entfernen und sind enge Kleidungsstücke zu lockern. Bekannt ist ja auch, daß man (besonders weibliche Personen) nicht ohne Zeugen narkotisieren soll. Es empfiehlt sich endlich, den Patienten vor der Narkose zum Urinieren aufzufordern, da sonst während des Rausches Harn abgehen kann

Gipsverband. Gips ist stark hygroskopisch und wird, sobald er nicht mehr ganz wasserfrei ist, unbrauchbar, ohne daß man ihm das ansieht. Er ist daher absolut trocken aufzubewahren, in kleinen Quantitäten und gut in Blechbüchsen verschlossen. Die fertigen Binden werden heute meist in wasserdichter Einzelpackung geliefert. Sehr wichtig ist bei Anlegung des Gipsverbandes die Polsterung. Das ganze Glied wird in die Polstermasse (weicher Zellstoff tut den gleichen Dienst wie teure Watte) eingehüllt, vorspringende Knochenpunkte werden doppelt belegt und dann wird die Polsterung mit einer Binde fest angewickelt. Die Gipsbinde wird lose, ohne irgendwie anzuziehen, darübergelegt, ohne Anspannung und ohne Umschlagtouren, wie sie läuft. Die Binde wird in heißem Wasser angefeuchtet, dem etwas Alaun (etwa 1%) zugesetzt ist. Sie wird vorsichtig ins Wasser gelegt, losgelassen und erst dann dem Wasser entnommen, wenn keine Blasen mehr aufsteigen. Dann wird durch sanften Druck zwischen flachen Händen das überschüssige Wasser entfernt, und die Binde ist fertig zum Gebrauch. — Sehr brauchbar für die Praxis ist die Gipsschiene. Einige Gipsbinden werden eingeweicht, auf glatter Unterlage (Tisch o. dgl.) in der notwendigen Länge zu einer Platte zusammengelegt, glattgestrichen, der gut gepolsterten Extremität angeschmiegt und mit ein paar Bindentouren festgewickelt. Bis die Schiene

trocken ist, wird das Glied in der gewünschten Stellung gehalten. So bekommt man eine Schiene genau in der gewünschten Form und Krümmung, die nach Erstarren gut und sicher fixiert. Für den typischen Radiusbruch am unteren Ende ist die Gipsschiene die einfachste und beste Methode.

Wundbehandlung. Über den Wert der Wundantisepsis ist viel gestritten worden. Als sicher kann heute angenommen werden, daß bei alten Wunden Antiseptika mehr durch Gewebsschädigung schaden als durch Bakterienabtötung nützen. Anders liegen die Verhältnisse bei frischen Wunden. Es konnte nachgewiesen werden, daß die Keime in der Wunde eine Inkubation von sechs bis acht Stunden durchmachen und dann erst ihren Vormarsch in die Tiefe antreten. Die Infektion ist also während der ersten sechs bis acht Stunden eine Lokalerkrankung im strengsten Sinne, beschränkt auf die Oberfläche der Wunde. Wenn man in dieser Zeit die ganze Wunde im Gesunden (in etwa 5 mm Tiefe) exzidiert und näht, so tritt tatsächlich Primärheilung ein. Natürlich ist die Exzision selten anwendbar, weil wichtige Nerven, Gefäße, Sehnen oder Knochenteile im Wege stehen. Eine Wundantisepsis aber für die frische Wunde in den ersten acht Stunden erscheint berechtigt. Der erste Verband mit Jodoform und seinen Derivaten, mit Chloramin oder Alkohol, mit Wismut- oder Silberverbindungen, auch das Eingießen von Jodtinktur kann für die Keimabtötung sehr nützlich sein. — Der feuchte Verband, seit langem eingebürgert, wurde dann wieder verworfen, als sich die ihm zugeschriebene antiseptische Wirkung als irrtümlich herausstellte. Rein empirisch aber wird er von dem Kranken angenehm empfunden, und die Wunde zeigt einen günstigen Verlauf. Das muß uns genügen, wenn wir seine Wirkung auch theoretisch nicht ganz erklären können. Wahrscheinlich wirkt die feuchte Wärme hyperämisierend und auch eine Medikamentwirkung muß — wenigstens bei offener Wunde — der essigsauren Tonerde zugesprochen werden; bei geschlossenem Prozeß, etwa einer noch nicht zur Inzision reifen Infiltration, tut es physiologische Kochsalzlösung auch. Der wasserdichte Stoff gehört zum feuchten Verband, soviel auch gegen ihn gesagt worden ist. Gerade die Wirkung der feuchten Kammer ist erwünscht und nützlich. Natürlich soll man über den feuchten Verbänden nicht den Zeitpunkt zu einer nötigen Inzision versäumen. Der Liqu. alumin. acet. enthält 8% Aluminiumazetat und ergibt, zu zwei Eßlöffeln auf ¼ l Wasser verdünnt, eine etwa 1%ige gebrauchsfertige Lösung. Mit dieser werden die Verbandstoffe durchtränkt, darüber kommt der wasserdichte Stoff und das Ganze wird dann lose angewickelt. In der Regel gehört eine Schiene zu diesem Verband. Der feuchte Verband ist angezeigt, wo Infiltrate zur Verteilung oder Einschmelzung gebracht werden sollen, wo belegte Granulationen sich reinigen sollen oder wo Lymphangitis oder Lymphadenitis besteht. Der Liqu. alumin. acet. ist nur sehr begrenzt haltbar; er wird trübe oder gerinnt sogar. Ein feuchter Verband mit H_2O_2 ist lediglich ein Verband mit saurem Wasser, da das Atom Sauerstoff bei Berührung mit Körpersäften sofort abspringt. (Fortschr. d. Ther., H. 7, 1925.)

Gastroenterostomie — Diät nach der Operation.

Um postoperativer Geschwürbildung vorzubeugen, empfiehlt Jarotzky (Moskau) eine vegetarische Breikost ohne Eier und Milch. Letztere darf auch nicht in den Speisen enthalten sein; dagegen wird reichlich — bis zu 200 g im Tage — Butter gegeben. Verboten sind ferner noch: Käse, Kochsalz, Brot, Fleisch oder vegetarische Suppen, Alkohol, Tabak, Kaffee, Gewürze. All dies von dem Gesichtspunkt aus, die **Magensaft-**

absonderung möglichst einzuschränken. Verfasser gibt folgendes Diätschema: Zum Frühstück flüssige, dünne Grütze aus Graupen mit ungesalzener Butter. Mittags passierte Graupensuppe, dann ein Gemüse, das in ungesalzenem Wasser gekocht wurde. Nach Abgießen der Brühe wird das Gemüse durch ein Sieb gedrückt und mit Butter zubereitet. Solche Gemüsekoteletten werden aus Erdäpfelpüree, Kohl, Rüben, ferner aus Reis, Manna, Graupen gemacht. Sodann süße Speisen, wie Reis- oder Mannagrütze mit Zucker, Honig, Fruchtsaft, Äpfel-, Aprikosen- oder Pflaumenpüree. Möglichst wenig trinken, höchstens nach Tisch eine Tasse schwachen Tee. Morgens keinen Tee, keine Semmel, tagsüber höchstens ein bis zwei weiße Brötchen. Frühstück sofort nach dem Erwachen, ohne darauf warten zu müssen. Ebenso keine größeren Pausen zwischen den einzelnen Gängen zu Mittag. Bei dieser Diät fühlen sich die Kranken wohl, ihre Schmerzen und Beschwerden gehen zurück und die freie Salzsäure schwindet. — Nach drei Wochen kann man auch geschabtes oder passiertes Rind-, Kalb- oder Hühnerfleisch gestatten, mit wenig Butter ohne Saft gebraten. Morgens und abends viel Butter. Abwechselnd Fleisch- und fleischlose Tage bei Kontrolle der freien Salzsäure. Arzneien sind im Spital überflüssig; in der Privatpraxis eventuell Magnesia usta mit Belladonna. Natrium bicarbonicum ist öfters unzweckmäßig und darf höchstens nur nüchtern (in ½%iger Lösung eineinhalb Stunden vor der Mahlzeit 150 cm³) gegeben werden. — Bei starker Pylorusverengerung oder beträchtlicher Enge der Gastroenterostomiestelle versagt die Diätbehandlung. (Zentralbl. f. Chir. Nr. 34, 1925.)

Die Behandlung der Knochenbrüche durch den praktischen Arzt. (Fortsetzung.)

Von Prof. F. Lange (München).

Patellafraktur. Wenn der seitliche Bandapparat erhalten ist und die Fragmente um nicht mehr als 2 cm auseinandergewichen sind, ist die unblutige Behandlung aussichtsvoll. Der Bluterguß soll hier nicht punktiert oder durch Kompression rasch beseitigt werden, da er Verwachsungen zwischen Patella und Femur verhindert. Besser als die nachgebenden Heftpflasterstreifen ist ein leichter, sparsam gepolsterter Gipsverband von der Ober- bis zur Unterschenkelmitte. Durch sorgfältiges Herausmodellieren der Kondylen wird verhindert, daß der Verband sich nachträglich verschiebt. Um die Fragmente zusammenzuschieben, wird zunächst durch Herausschneiden eines vorderen Fensters die Patella freigelegt; über den oberen und unteren Rand derselben wird je ein Gummischlauch gelegt, durch welchen eine kräftige Schnur durchgezogen ist, deren Enden laut Abb. 1 durch zwei obere, bzw. untere Löcher rückwärts im Gipsverband

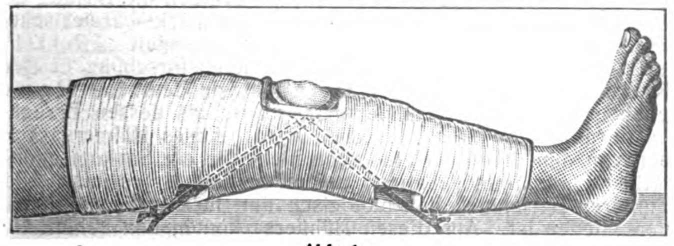


Abb. 1.

durchgezogen und verknotet werden. Um die Quadrizepssehne zu entspannen, die das obere Fragment kopfwärts zieht, wird in der Fixationsperiode (vier bis sechs Wochen) das Bein in der Hüfte gebeugt gelagert. Vom fünften Tage ab Massage und bald auch Faradisation des Quadrizeps, der sonst gerne atrophiert. Nach knöcherner Heilung (Röntgenbild) wird der Verband entfernt und man beginnt, das Kniegelenk durch Unterlegen von Kissen durch mehrere Stunden täglich vorsichtig zu beugen.

Bei großer Diastase der Fragmente und starken seitlichen Zerreißungen (aktive Kniestreckung unmöglich) muß operiert werden, doch hüte man sich auch vor der subkutanen Naht in der Praxis, da man nie weiß, wie weit der Riß seitlich reicht, daher leicht in das Gelenk hineinkommt, was zur Vereiterung und Ankylose führen kann.

Suprakondyläre Femurbrüche eines atrophischen Knochens können namentlich bei Kindern nach monatelanger Fixierung im Gipsverbande sehr leicht, z. B. bei einer Turnübung oder einem sonst harmlosen Unfall auftreten: Plötzlicher Schmerz oberhalb des Knies, der meist rasch schwindet, doch weigert sich das Kind auf dem Bein zu stehen; der Hausarzt kann den Bruch leicht übersehen, da er oft unvollständig oder eingekeilt ist und nicht krepitiert. Auch die Schwellung ist meist gering. Nur bei vergleichender Palpation beider Seiten findet man oberhalb der Kondylen eine druckschmerzhafte, ringförmige Knochenverdickung. Da das untere Fragment meist im Sinne eines Genu varum (O-Bein) verschoben ist, muß die Stellung sofort eventuell durch Infraktion (später Osteotomie) korrigiert und die Korrektur durch das Röntgenbild kontrolliert werden (Scheinkorrektur häufig!).

Das gleiche gilt von der Epiphysentrennung der Adoleszenten.

Beim Erwachsenen entsteht die Suprakondylärfraktur meist durch schwere Gewalteinwirkung und sitzt handbreit oder noch höher oberhalb des Kniegelenks. Das untere Fragment ist nach hinten (Zug des Gastroknemius), das obere nach vorn verschoben, das Bein daher verkürzt. Verletzungen von Nerven und Gefäßen (Pulskontrolle an der Tibialis ant. und post., Kontrolle, ob die Zehen dorsal- und plantarwärts bewegt werden können!) sind häufig. Von einer Behandlung dieser Frakturen in der Allgemeinpraxis ist dringend abzuraten. (M. m. W. Nr. 29, 1925.) (Fortsetzung folgt.)

Zur Frage des Krebserregers.

Im englischen „Lancet" vom 18. Juli 1925 begleitet die Schriftleitung zwei Publikationen über „die Entdeckung des Krebserregers" von Gye und Barnard mit der Bemerkung: „Diese Mitteilungen bedeuten einen Markstein in der Geschichte der Medizin; sie bringen die Lösung des Kerns des Krebsproblems". (Leider sind auch schon marktschreierische Artikel über diese Entdeckung in die Tagespresse übergegangen — Ref.). Professor Blumenthal (Direktor des Institutes für Krebsforschung in Berlin) bemerkt hiezu: Die englischen Forscher gehen von dem von Rous zuerst beschriebenen sogenannten Hühnersarkom aus, als dessen Erreger schon lange ein ultravisibles Virus angesehen wird; dieses Hühnersarkom selbst wird aber von den meisten Pathologen nicht für ein Sarkom, sondern für ein infektiöses Granulom gehalten; auf jeden Fall ist es unter allen tierischen Tumoren derjenige, der biologisch am meisten vom menschlichen Krebs verschieden ist. Aus diesen Hühnersarkomen nun haben Gye und Barnard auf Kaninchenserum-KCl-Bouillon mit Zusatz von Hühner-

embryo anaerobe Kulturen gezüchtet und mit diesen bei Hühnern Tumoren erzeugt, wenn sie außer den Kulturen noch Kieselgur und ein mit Chloroform vorbehandeltes Tumorfiltrat einimpften. Die Autoren schließen daraus, daß der maligne Tumor durch ein lebendes, ultravisibles Virus erzeugt wird, wenn noch ein spezifischer chemischer Faktor zugleich im Spiele ist, der im Tumor selbst enthalten und für jede Tumorart spezifisch ist. In der Arbeit ist nicht mitgeteilt, ob auch mit dem aus Mäuse- und Rattengeschwülsten kultivierten Virus nach Zusatz des entsprechenden Faktors bei Mäusen und Ratten Tumoren erzeugt werden konnten. Aus drei Menschentumoren wurde ebenfalls das Virus kultiviert, und zwar aus einem Skirrhus der Mamma, einem Sarkom der Hüfte und einem Adenokarzinom der Mamma. Hühnerimpfversuche aus den ersten beiden Tumoren fielen negativ aus, aus dem dritten konnte eine Roussche Hühnergeschwulst erzeugt werden, welche jedoch (wie erwähnt) von den meisten Pathologen nicht als Sarkom anerkannt wird. Prof. Blumenthal kommt zu dem Schluß, daß natürlich von einer Lösung des Krebsproblems durch die Arbeiten von Gye und Barnard noch keine Rede sein könne, daß aber diese neuen Forschungen gewiß einen Fortschritt in unserer Erkenntnis bedeuten und zum Ausgangspunkt weiteren Forschens geeignet sind. Der erste Nachweis von krebserregenden Parasiten im Menschenkrebs und deren Züchtung in Reinkultur stammt übrigens von Blumenthal selbst und seinen Assistenten. Auch die Feststellung der Bedeutung eines zweiten Faktors für die Geschwulsterzeugung ist nicht neu, auch wurde dieser zweite Faktor bereits mit der „Krebsdisposition" verglichen, wie es jetzt wieder die englischen Autoren tun. (D. m. W. Nr. 32, 1925.)

Milzexstirpation — Indikationen und Erfolge.

Von Prof. F. Lotsch (Burg).

Die Milz ist beim Menschen ein entbehrliches Organ. Das beweisen zufällige Obduktionsbefunde bei altgewordenen Leuten, die überhaupt nie eine Milz hatten, besonders aber die zahlreich durchgeführten Exstirpationen vorher gesunder Milzen nach traumatischer Milzruptur. Nur bei manchen Krankheitszuständen scheint die Milz eine lebenswichtige Bedeutung im Körperhaushalt zu erlangen; so wirkt bei Leukämie die Milzexstirpation fast immer tödlich. Der Körper hat allerdings oft das Bestreben, eine exstirpierte Milz womöglich zu ersetzen. Aus häufig vorhandenen Nebenmilzen von Erbsen- bis Taubeneigröße oder aus bei der Operation zurückgelassenen Pulparesten kann sich die normal große Milz regenerieren. Aber auch ohne solche Regeneration sieht man (außer dem oben erwähnten Fall) keine Schädigung des Organismus entstehen.

Milzinfarkt. Mit dem strömenden Blut kommen Bakterien und von den größeren Parasiten vor allem der Echinokokkus in die Milz; ferner Malariaparasiten, Rekurrensspirillen, Typhusbazillen und die gewöhnlichen Eitererreger. Abgesehen von den seltenen Milzeiterungen per contiguitatem (Schuß- und Stichverletzungen) sind alle Milzabszesse embolischer Herkunft. Besonders häufig ist der abszedierende Milzinfarkt bei Febris recurrens, seltener bei Ruhr und Typhus. Bei Puerperalinfektionen, Furunkulose und Gelenksrheumatismus kommt es zunächst zu Endokarditis und erst sekundär zum Milzabszeß. Das Krankheitsbild verläuft unter den Symptomen einer eitrigen Peritonitis. Die Operation erstrebt eine die freie Bauch- und Pleurahöhle schonende Eröffnung und Ableitung des Abszesses, wobei mindestens mit 50% Mortalität zu rechnen ist.

Syphilis und Tbc. führen ebenfalls zu Erkrankungen der Milz. Der syphilitische und tuberkulöse Milztumor darf nicht operiert werden. Sicherlich ist das irrtümlich beim luetischen Milztumor schon öfters geschehen. Eine Ausnahme macht nur die „isolierte Milztuberkulose", das sind Fälle, in denen die Tbc. in besonders großknotiger Form nahezu isoliert in der Milz auftritt. Hier hat die Milzexstirpation gute Erfolge. Bei der isolierten Milztbc. findet sich häufig Erythrozytose (Vermehrung der roten Blutkörperchen), wahrscheinlich weil die erkrankte Milz nicht mehr imstande ist, ihrer normalen Funktion gemäß die Erythrozyten zu zerstören.

Das Aneurysma der Milzarterie wird am Lebenden nur sehr selten diagnostiziert. Bei der Stauungsmilz (thrombophlebitische Splenomegalie) findet sich öfters ein solches Aneurysma. Es empfiehlt sich daher bei thrombophlebitischem Milztumor an die Möglichkeit eines Milzarterienaneurysmas zu denken und die Splenektomie ausführen zu lassen.

Stauungsmilztumor. Bei thrombophlebitischen Prozessen im Stromgebiet der Vena portae kommt es zur Abflußbehinderung des Milzvenenblutes, zur Induration und Vergrößerung der Milz. Das venöse Blut sucht sich unter Umgehung des behinderten Pfortaderkreislaufes auf Kollateralbahnen einen Weg in den großen Körperkreislauf, besonders durch die Venenästchen, die vom oberen Milzpol zur Kardia ziehen. Diese Venen erweitern sich zu fingerdicken Adern und verlaufen in dichten Konvoluten gegen das Zwerchfell. So erklärt sich die Neigung der thrombophlebitischen Splenomegalien zu Blutungen aus den varikös erweiterten Ösophagusvenen, zu Haematemesis und Melaena. Diese Erscheinungen geben eine strikte Indikation zum chirurgischen Eingriff, der nur bei gleichzeitig bestehendem Aszites nicht angezeigt ist. Jedoch ist die Blutstillung in diesen Fällen wegen der stark erweiterten Kollateralen äußerst schwierig und nur ganz sattelfeste Chirurgen in gut eingerichteten Kliniken sollen sich an diese Fälle wagen. — Wohl den höchsten Grad der Stauungsmilz und der konsekutiven Kollateralbahnentwicklung erzeugt die sogenannte Baumgartensche Krankheit. Hiebei handelt es sich um Persistenz der Nabelvene und Hypoplasie der Vena portae. Die stark ektatischen Hautvenen in der Nabelgegend und am Rumpf bieten das ausgesprochene Bild des Caput Medusae, wie es sich übrigens in mäßigem Grade auch bei der gewöhnlichen Pfortaderthrombose nicht selten ausbildet. Eine Operation ist bei der Baumgartenschen Krankheit nicht anzuraten.

Die Erkrankungen des erythropoetischen Systems sind die dankbarste Domäne für die Milzexstirpation. Die roten Blutkörperchen entstehen im Knochenmark, werden in der Milz zerstört und finden ihr Grab in der Leber, wo in den sogenannten „Kupfferschen Sternzellen" das Hämin in Eisen und Bilirubin zerfällt. Die Milz- und Leberzellen, die an dem Abbau der roten Blutkörperchen beteiligt sind, werden unter dem Namen des retikulo-endothelialen Apparates zusammengefaßt; bei Störungen ihrer Tätigkeit sprechen wir von „hepato-lienalen Krankheiten". Das bekannteste Paradigma ist die hypertrophische Leberzirrhose mit jahrelangem Ikterus, Milztumor, manchmal Aszites, Schmerzen in der Milzgegend (Pseudogallensteinkoliken), hartnäckigem Juckreiz, zunehmender Anämie und gehäufter Hämatemesis. Die Milzexstirpation hat nach Eppinger hier außerordentlich günstige Erfolge, doch sind Kranke mit Alkoholabusus und Syphilis tunlichst von der Operation auszuschließen. Ikterus, Hautjucken, Anämie und hämorrhagische Diathese werden gebessert, der zirrhotische Leberprozeß allerdings nicht geheilt. — Die

atrophische Leberzirrhose eignet sich nicht zur Milzexstirpation, doch rät Eppinger zu einem Versuch im Frühstadium der akuten gelben Leberatrophie. — Bei der Bantischen Krankheit führt die Milzexstirpation zur Heilung. Die echte Bantische Krankheit ist bei uns kaum zu finden, kommt aber im Orient und Italien vor. — Der hämolytische Ikterus beruht auf einem Übergewicht der blutkörperchenzerstörenden Wirkung der Milz über die blutkörperchenerzeugende Funktion des Knochenmarks. Ein funktionell intaktes Knochenmark vermag das Defizit noch auszugleichen. Allmählich erschöpft sich jedoch die Reservekraft des hämatopoetischen Knochenmarks. Wird in diesem Stadium die übermäßig funktionierende Milz operativ entfernt, so wird Heilung erzielt. Der hämolytische Ikterus tritt in zwei meist gut differenzierbaren Formen auf. Bei der familiären oder kongenitalen Form, dem „Typus Minkowski", sind die subjektiven Beschwerden meist sehr gering und die Leistungsfähigkeit bleibt bis ins hohe Alter erhalten. Akute Schübe, sogenannte „Knochenmarkskollapse" sind selten. Die Erkrankung wird daher oft gar nicht erkannt; mancher Fall von rätselhaftem Milztumor ohne Anämie dürfte hieher gehören; die Diagnose wird durch das familiäre Auftreten erleichtert, wenn man nur an den hämolytischen Ikterus denkt. — Die zweite, erworbene Form des hämolytischen Ikterus wird als „Typus Hayem" bezeichnet und macht meist stärkere Beschwerden als die familiäre Form. Die Anämie und die Alteration des roten Blutbildes erreichen höhere Grade und nach den nicht ganz ungefährlichen Knochenkollapsen ähnelt das Zustandsbild ganz der perniziösen Anämie. — Das klinische Symptomenbild ist bei beiden Formen des hämolytischen Ikterus das gleiche, es bestehen nur graduelle Unterschiede: Ikterus mäßigen Grades, Milztumor, Resistenzverminderung der Erythrozyten gegen Kochsalzlösungen, Anämie mit Leukopenie, fehlende Bilirubinämie, im Harn Urobilin, bzw. Urobilinogen. Die wichtigste differentialdiagnostische Bedeutung kommt der Resistenzverminderung der Erythrozyten zu. — Beide Formen des hämolytischen Ikterus sind durch die Milzexstirpation heilbar. Der Ikterus schwindet, das Blutbild bessert sich, die krankhafte Vermehrung des Eiweißzerfalles läßt nach, bisweilen erhöht sich sogar die Blutkörperchenresistenz. Nach unseren heutigen Erfahrungen soll man nicht zu viel Zeit mit interner Behandlung verlieren, sondern bald operieren. Während und unmittelbar nach einer Blutkrise ist die Splenektomie nicht auszuführen — Bei der perniziösen Anämie (Biermersche hämolytische Perniziosa) liegt die Wurzel des Leidens im erythropoetischen Apparat des Knochenmarks. Ein krankes Knochenmark erzeugt natürlich minderwertige Erythrozyten, die dann der hämolytischen Tätigkeit der Milz leichter zum Opfer fallen. Hiezu bedarf es keiner Hyperthrophie der Milz; ein Milztumor gehört auch gar nicht zum typischen Krankheitsbild der Perniziosa. Wenn auch die perniziöse Anämie fast immer zum Tode führt, hat doch die Milzexstirpation schon wesentliche Besserungen herbeigeführt. Nur soll die Operation nicht im Anschluß an Blutkrisen erfolgen und vor allen Dingen nicht zu spät. Mit den heutigen Blutuntersuchungsmethoden ist die Diagnose der perniziösen Anämie schon im Anfangsstadium zu stellen, und man soll einen rettenden Versuch mit der Splenektomie machen, bevor die Kraft des Knochenmarks ganz erschöpft ist. — Bei den Polyzythämien oder Hyperglobulien (Vermehrung der roten Blutkörperchen) ist natürlich schon aus theoretischen Gründen eine Milzexstirpation sinnlos. Eine einzige Ausnahme bildet, wie oben erwähnt, die (wohl vorübergehende) Erythrozytose bei isolierter großknotiger Milztbc. — Die Verminderung der Blutplättchen oder Thrombozyten (normalerweise etwa 250.000 im Kubikmillimeter) wird Thrombopenie genannt und führt zu hämorrhagischer

Diathese (Purpura hämorrhagica), einer bald akut, bald chronisch verlaufenden, stets tödlichen Krankheit. Es kann als erwiesen gelten, daß auch die Blutplättchen im Knochenmark gebildet und in der Milz zerstört werden. Demnach ist theoretisch hier die Milzexstirpation angezeigt, und tatsächlich werden oft mit dieser Operation ganz auffallende Besserungen erzielt.

So günstig die Wirkung der operativen Milzentfernung bei einer ganzen Reihe von Erkrankungsformen des roten Blutbildes ist, so schädlich ist sie bei den Krankheiten des weißen Blutbildes. Die Exstirpation des leukämischen wie des aleukämischen Milztumors gilt daher für unstatthaft. Vereinzelte günstige Beobachtungen können an dieser Regel nichts ändern. Besonders schwierig ist die Diagnose des aleukämischen Milztumors. Die entscheidende myeloische Umwandlung der Milzpulpa ist mit Sicherheit nur durch die Milzpunktion zu stellen. Die perkutane Milzpunktion ist wegen Blutungsgefahr zu unterlassen, lieber lasse man zu diesem Zwecke die Milz durch den Chirurgen ordnungsgemäß freilegen.

Die Technik der Milzexstirpation ist bald kinderleicht, bald außerordentlich schwer. Nur ganz sattelfeste Chirurgen sollen sich an sie wagen. Die Hauptschwierigkeit ist die Blutstillung und besonders gefürchtet die Blutungsgefahr beim thrombophlebetischen Milztumor. Nach Entfernung der Milz und exakter Blutstillung ist die Bauchhöhle primär zu schließen. Nur in verzweifelten Fällen darf man seine Zuflucht zur Tamponade als Blutstillung nehmen. Sie ist stets ein ganz minderwertiger Notbehelf. Neben Blutungen kommen bei nicht ganz sicherer Technik als Gefahrenmomente Verletzungen des Magens, Pankreas, der Pleura, des Perikards usw. in Betracht.

Nach der letzten zusammenfassenden Literaturstatistik von Tschurenkoff beträgt der günstige Ausgang der operativen Milzentfernung bei hämolytischem Ikterus 83%, bei Tumoren 82%, bei Thrombopenie 80%, bei Banti 78%, bei isolierter Milztbc. 75%, bei Verletzungen 67%, bei Leukämie 25%, bei Perniziosa 20%. (Klin. Wschr. Nr. 25, 1925.)

Perforation des Magen- und Duodenalgeschwürs.

Bruine Ploos (van Amstel, Holland) berichtet über seine Erfahrungen an etwa 1000 einschlägigen Fällen. Die Ulzera und ihre Perforationen sind nicht häufiger geworden als früher, nur ihre Erkennung geschieht öfter. Geschlecht, Lebensalter, Jahreszeit, Lebensweise, Diät und Rauchen scheinen keinen Einfluß zu haben; vielleicht kommt nur vorwiegender Fleischkost als Säurebildnerin und der Vagotonie ein begünstigender Einfluß auf die Entstehung der Ulzera zu. Auch die verschiedenen Theorien über den auslösenden Anlaß der Perforation scheinen nicht stichhältig. Die Hauptsache bleibt die rechtzeitige Erkennung der Perforation durch den praktischen Arzt, der den Kranken in der Regel zuerst sieht und ihm durch zeitgerechte Diagnose und sofortige Veranlassung der Operation das Leben retten kann. Die Diagnose der Perforation eines Ulkus ist gewöhnlich nicht schwer: Plötzlich auftretender, äußerst heftiger Schmerzanfall, daneben auch Druckschmerz an der Krankheitsstelle, Vernichtungsgefühl, Facies hippocratica; sehr wichtig ist auch die brettharte Bauchdeckenspannung, oft nur auf das Epigastrium beschränkt, während das Hypogastrium weich sein kann. Drei bis vier Stunden nach der Perforation ist die Douglasfalte bereits empfindlich, jedoch ist dieses Symptom nicht immer vorhanden. Die differentialdiagnostisch manchmal in Betracht kommende akute Pankreatitis kann ähnliche Erscheinungen hervorrufen; die Therapie

ist jedoch die gleiche, nämlich sofortige Laparotomie. Über die Röntgen-Differentialdiagnose vgl. „Ars Medici“ 1923, S. 361. Die Prognose der Operation ist innerhalb der ersten sechs bis zwölf Stunden relativ günstig, das Gefahrenmoment ist gleich, ob nun Magen- oder Duodenalperforation vorliegt. Im allgemeinen ist die Resektion angezeigt, die Gastroenterostomie soll eigentlich bloß noch bei äußerst geschwächten Kranken Anwendung finden. Sorgfältige Nachbehandlung und entsprechende Diät sind sowohl bei rein interner als bei chirurgischer Therapie dringend angezeigt. Verfasser legt hiebei besonderes Gewicht auf Atropin, hält aber auch die Sippykur („Ars Medici“ 1923, S. 410 und 1924, S. 6) für äußerst wichtig und nützlich. (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 148, H. 1/2, 1925.)

Rivanolspülungen bei eitriger Perikarditis

(je 200 bis 500 cm³ der 1⁰/₀₀igen Lösung) führten nach E. Steinitz (Städt. Krankenhaus Siloah in Hannover) in zwei Fällen in acht-, bzw. zwei Wochen zur völligen Heilung (Erreger Staphylo-, bzw. Pneumokokken). Da die Resultate der bisherigen Spültherapie wenig ermutigend sind, muß die Wirkung dem Rivanol zugeschrieben werden. Die Statistik der operativen Resultate ergibt bei Eröffnung durch interkostalen Einschnitt in 41% und bei ausgiebiger Freilegung des Herzbeutels (Rippenresektion oder Einschnitt im epigastrischen Winkel neben dem siebenten linken Rippenknorpel) und Drainage in 57% (21 von 37 Fällen) Heilung. (Die Ther. d. Gegenw. H. 5, 1925.)

Tetanus — Frühdiagnose.

Buzello sprach über die Frühdiagnose des Tetanus, die vom prognostischen und therapeutischen Gesichtspunkt aus höchst wichtig ist. Beim ausgebrochenen Wundstarrkrampf versagt die Serumbehandlung, da das ins Zentralnervensystem eingedrungene Gift dort nicht mehr erreichbar ist. Trismus, eines der ersten sicheren Symptome, ist prognostisch schon sehr ungünstig zu bewerten. Sonst kommen diagnostisch nur unbestimmte Allgemeinsymptome in Betracht, wie Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und schmerzhafte Zuckungen in der Umgebung der Wunde. Die bakteriologische Untersuchung des Wundsekrets versagt, da die Sporen zu Beginn der Erkrankung fehlen. Viel wichtiger ist der Tierversuch. Man injiziert Meerschweinchen oder Mäusen Wundsekret subkutan von der Schulter bis zur Hüfte, so daß ein langer Impfkanal entsteht. Ist Tetanus vorhanden, so zeigt sich bald Zwangshaltung: Krümmung um die geimpfte Seite herum, Abstrecken des Beines mit der Sohle nach oben. Nach drei bis vier Tagen geht das Tier ein. Diese Erscheinungen laufen so gesetzmäßig ab, daß die Frühdiagnose gesichert ist. (Vgl. auch „Ars Medici“ 1922, S. 71.) (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 22, 1925.)

Spättodesfälle nach Chloroformnarkose.

In der Sitzung mitteld. Chirurgen in Magdeburg (November, 1924) berichtete Reichel über mehrere Todesfälle nach Chloroform, die sich im Laufe einer Woche ereigneten und auf Unreinheit des Präparates zurückzuführen waren. Man soll daher den Gebrauch dieses Narkotikums möglichst einschränken, da eine chemische Prüfung jeder Flasche vor der Narkose nicht angeht. Bei Kindern ist Chloroform jedenfalls kontraindiziert. Die Obduktion solcher Fälle ergibt stets akute gelbe Leberatrophie als Todesursache, begünstigt bisweilen durch frühere infektiöse Bauch-

erkrankungen, die zur Leberschädigung führten, besonders akute Appendizitis. Kinder sind am meisten gefährdet. Bei den oben erwähnten Todesfallen war weder viel Chloroform verbraucht, noch besonders lange narkotisiert worden, auch hatte im Operationszimmer kein Leuchtgas gebrannt (Phosgenbildung). — In der Aussprache empfahl Baureisen neuerlich warm das Lobelin bei Narkose-Asphyxien. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 13, 1925.)

Transplantationen.

Aus einem Vortrage Prof. Lexers und der anschließenden Wechselrede auf der 49. Tagung der D. Ges. f. Chir. in Berlin (IV., 1925).

Hautverpflanzungen dürfen nicht auf narbiger Grundlage ausgeführt werden. Nach gründlichem Ausschneiden der Narben müssen eingesunkene Stellen durch Unterpolsterung des Kutis-Transplantats ausgeglichen werden. Die Sehnentransplantation ist zur Wiederherstellung der Fingerbeweglichkeit öfter zu versuchen; trotz großer Schwierigkeiten bei der Operation und Nachbehandlung gibt sie gute Erfolge. Hoffmeister hebt die Bedeutung der Epidermis-Überpflanzung bei Röntgenverbrennungen hervor; bei schweren subkutanen Tiefenschädigungen oder Karzinomen ist sie selbstverständlich nicht am Platze. Vor der Transplantation muß im Gesunden exzidiert werden; die hiedurch entstehenden Defekte sind aber manchmal so groß, daß eingreifende Lappenplastiken notwendig werden. Daher besser Thierschlappen-Verpflanzung mittels großer Epidermislappen, welche gute funktionelle Erfolge geben. Unreine Geschwüre sind mit Karbolsäure vorzubehandeln. Auf das Transplantat kommt für acht Tage ein Vaselinläppchen.

Mühsam berichtete über Nachuntersuchungen von acht Hodenverpflanzungen. Keine Dauererfolge. Die durch die Operation günstig beeinflußte Psyche und Sexualität hatte sich nur vorübergehend gebessert. Ein Kastrierter erlangte zwar Kohabitationsfähigkeit, zeigte aber sonst alle Zeichen der Kastrationsfolgen. Auch Homosexuelle, bei denen ein Hoden durch den eines Normalen ersetzt worden war, zeigten nur anfangs heterosexuelle Umstimmung, um später in das alte Triebleben zu verfallen. Bei einem Homosexuellen, der Quartalsäufer war, wurde durch die Einheilung eines normalen Hodens die Dipsomanie geheilt. Die transplantierten Hoden wurden von Kryptorchen genommen, deren Testikel nicht verlagert war. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 22, 1925.)

Chronische Venenentzündung — Thrombosierung nach Linser.

Prof. P. Linser (Tübingen) verwendet nun sein Verfahren erfolgreich auch bei chronischen Phlebitiden. Es genügt eine ½- bis 1%ige Sublimatlösung oder 10- bis 15% Na Cl, um selbst jahrelang rezidivierende Fälle ambulatorisch dauernd von ihrem Leiden zu befreien. (M. m. W. Nr. 7, 1925.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Die Vakzinetherapie der Adnexentzündungen

ergab nach R. Stöckl in 72 Fällen der Gynäkologischen Abteilung des Krankenhauses der Stadt Wien keine wesentlichen Vorteile gegenüber der

üblichen physikalischen und lokalen Behandlung. Eine spezifische Wirkung konnte nicht beobachtet werden. Bei akuten Fällen ist sie jedenfalls kontraindiziert, bei reinen Schleimhauterkrankungen sicher wirkungslos. Verwendet wurden diverse Gonokokken-, bzw. Auto- und Mischvakzinen (Strepto-, Staphylokokken, Koli). (W. m. W. Nr. 23, 1925.)

Die Behandlung der Dysmenorrhoe.

Von Dozent R. Hofstätter. (Aus den Fortbildungskursen der Wiener medizinischen Fakultät.)

Bei spastischer und sekundärer (kongestiver) D. bewähren sich Suppositorien aus Pantopon, Extr. belladonnae, Dimethylamidoantipyrin und Coffein. citr.; ebenso Kombinationspräparate wie Spasmalgin — Hoffmann-La Roche (= Papaverin 0.02, Atrinal 0.001, Pantopon 0.01), Katamen-Cefag (= Antipyrin + Pyramidon + Benzoesäure) usw. Die Derivate der Benzoesäure (Benzyl, Akineton) sind besonders in England und Amerika beliebt. Bei schwerer Nervosität verordnet man Baldrian- und Brompräparate, bei heftigen Blutungen oder Spasmen Ergotin, Adrenalin, Hydrastinin (teuer!), Extr. uzarae. Bei Spasmophilie und Tbc. ist Afenil venös angezeigt. Im Intervall sind, namentlich bei Jugendlichen, Ovarialpräparate in Kombination mit Thyreoidin, Pituitrin, Eisen und Arsen oder Hormongemische (Hormon-Marcuse) anzuraten. Ebenso können wiederholte Milchinjektionen schöne Resultate ergeben. Hyperämisierende physikalische Methoden sind Moorbäder, Diathermie, Heißluft, Quarzbestrahlungen, Massage usw. Zur Hebung der Ovarialfunktion bei Hypoplasie verwendet man zeitweise auch zweckmäßig (wenn sexuelle Momente es nicht kontraindizieren) Aphrodisiaka, wie Yohimbinpräparate (Juvenin-Bayer, Valimbin, Ovimbin, Menolysin usw.), Thelygan, Oophorin-Yohimbin-Lecithintabletten u. dgl. Manchmal wirkt die Kokainisierung der sogenannten Genitalstellen am Nasenseptum und an den unteren Nasenmuscheln vorzüglich. Die Psychotherapie kann vor allem prophylaktisch durch vernünftige, nicht verweichlichende Erziehung, rechtzeitige Aufklärung vor der ersten Menstruation Segensreiches leisten. Das Wort „Unwohlsein" ist überhaupt zu vermeiden.

Lokaltherapie. Nach Beseitigung einer Retroflexion kann die D. schwinden. Vaginale Massage ist im allgemeinen nicht ratsam. Nur bei Parametritis posterior kann man durch vorsichtige Massage, Hebung des Uterus und 10%ige Chloralhydrat-Glyzerintampons Erfolge erzielen. Bei Senkung des Uterus kann auch Blutentnahme durch Stichelung der Portio oder Aderlaß günstig gegen die Stauung wirken. Das Sondieren des Zervikalkanals ist nur sehr selten erfolgreich. Bei nicht zu hochgradiger Hypoplasie kann nach einer hinteren Diszission bis über den inneren Muttermund mit anschließendem Kürettement der Uterus in den nächsten Monaten bedeutend an Größe zunehmen. Vor den gefährlichen Intrauterinstiften ist zu warnen. Die Röntgenbestrahlung ist unsicher und gefährlich. Das Ansetzen von Saugglocken an die Portio nach Bier ist bei Hypoplasie oft sehr erfolgreich; ebenso (jedoch gefährlich) die direkte Faradisation des Uterus mittels eingeführter Apostolischer Sonde. (W. m. W. Nr. 26, 1925.)

Mit der Gabastonschen Methode

(Plazentaauffüllung mit physiologischer Kochsalzlösung durch die Nabelschnurvene bei Plazentaretention) hatte Koerting (Univ.-Frauen-

klinik, Prag) unter 300 Fällen nur wenige Versager. Das Verfahren ist imstande, in zahlreichen Fällen den Credéschen Handgriff und die manuelle Plazentalösung überflüssig zu machen. Die Methode ist für Klinik und Praxis gleich brauchbar und belastet das Instrumentarium des praktischen Arztes nicht, da er nur eine Wundspritze mit sich führen muß, die er auch für Kolpeuryse usw. braucht. Dagegen sprechen natürlich wichtige Gründe gegen die Freigabe des Verfahrens für die Hebammen. Der Plazentaauffüllung soll kein Expressionsversuch vorangehen. Wird der Credésche Handgriff notwendig, so erfolgt er nach vorheriger Turgeszierung unter wesentlich günstigeren Bedingungen. Bei Zervixrissen, tiefen Scheidenrissen, vaginaler Schnittentbindung und Frauen, bei denen eine rasche Geburtbeendigung aus anderen Gründen wünschenswert erscheint, ist die Auffüllung sofort vorzunehmen. Bei Sprengung der Zottenoberfläche und dadurch bedingtem Abfließen der Auffüllungsflüssigkeit soll von einer Wiederholung der Aufspritzung Abstand genommen werden. Bei stürmischen Blutungen ist der Eingriff abzulehnen, ebenso bei Fällen, wo die Größe des bereits erlittenen Blutverlustes nicht bekannt ist (Außengeburt, verspätete Zuziehung des Arztes), ferner bei Fällen von Tympania uteri und Gasbazilleninfektion. (Arch. f. Gyn. Bd. 124, H. 2, 1925.)

Gonorrhoe und gynäkologische Symptome.

Prof. E. Vogt (Univ.-Frauenklinik in Tübingen) bespricht die Beeinflussung der gynäkologischen Symptome durch die Gonorrhoe.

1. Fluor entsteht bei gonorrhoischen Erkrankungen der äußeren oder inneren Geschlechtsorgane. Selten ist die Vulvitis gonorrhoica bei neugeborenen Mädchen; sie kommt hie und da bei Geburten in Beckenendlage durch direkte Infektion zustande. Mit Recht gefürchtet ist die Gonorrhoe der kleinen Mädchen als Vulvitis und Vaginitis. Hier ist der Ausfluß fast pathognomonisch für Gonorrhoe. Die Infektion geschieht in den seltensten Fällen durch Stuprum, viel häufiger durch Zusammenschlafen mit kranken Erwachsenen, durch Schwämme, Handtücher, Badewannen usw. — Bei der Erwachsenen kommt die Vulvitis gonorrhoica nur in der Schwangerschaft vor. Außerhalb der Gravidität können sich die Gonokokken auf dem Plattenepithel der Vulva nicht ansiedeln. In der Schwangerschaft aber haften die Gonokokken in dem aufgelockerten Gewebe, es kommt zu stets stark eitrigem Fluor und zu Ödem der ganzen Vulva. Die Differentialdiagnose gegenüber reinen Stauungsödemen, den Ödemen der Schwangerschaftsnephrose und infizierten Analfissuren u. dgl. kann nur durch die bakteriologische Untersuchung gestellt werden; bei der Vulvitis gonorrhoica der Schwangeren sind im eitrigen Fluor stets leicht Gonokokken nachzuweisen. — Starke eitrige Sekretion aus der Harnröhre stammt wohl immer von Gonorrhoe der Urethra her. Setzt sich der Tripper in den paraurethralen Schleimhautkrypten fest, so kann er zur Verödung des Drüsenausführungsganges und zu einem „Pseudoabszeß“ führen, der die Harnröhre teilweise oder ganz verlegt und schließlich nach außen durchbricht. — Die gonorrhoische Bartholinitis verursacht eitrigen oder mehr wässerigen Ausfluß. Die Drüsen können bis zu hühnereigroßen Zysten anschwellen und brechen, wenn sie vereitern, durch die Haut der Labien durch, selten nach der Scheide oder dem Mastdarm zu. Meist füllt sich die Drüse bald wieder, das Sekret wird immer weniger eitrig und mehr serös, oft bildet sich eine dauernd bleibende Retentionszyste. — Auch die weniger bekannten Glandulae vestibulares minores in der Fossa navicularis können bei Gonorrhoe Eiter absondern. Die spitzen Kondylome kommen

nicht nur bei Gonorrhoe, sondern auch bei anderen eitrigen Erkrankungen der Vulva vor; sie stellen nur ein Reizsymptom der Haut dar. — Das Plattenepithel der Vagina nimmt für gewöhnlich die Gonokokken nicht an, aber bei kleinen Mädchen, bei Schwangeren und in der natürlichen oder künstlichen Menopause (Radikaloperation, Röntgenkastration) kommt Vaginitis gonorhoica mit eitriger gonokokkenhältiger Sekretion zuweilen vor. — Am häufigsten stammt der eitrige Ausfluß von einer gonorrhoischen Erkrankung der Zervix, welche in 80 bis 95% aller gonorrhoischen Infektionen mit erkrankt. Ursprünglich ist die Sekretion aus der gonorrhoisch entzündeten, drüsenreichen Zervixschleimhaut rein eitrig, oft mehr grün-gelb und hat einen charakteristischen Geruch, aus dem man bei einiger Übung schon die Diagnose stellen kann. Nach Abklingen der ersten Erscheinungen ist der Ausfluß nur noch gelegentlich trüb und von Eiter durchsetzt, meist ist er fadenziehend, weißlich oder auch völlig klar. Bei einer länger zurückliegenden Infektion sezerniert die Zervix nur nach lokalen Reizen, z. B. nach Kohabitation, nach Spülungen, vaginaler Untersuchung und so gut wie immer post menses oder auch nach Reizen allgemeiner Natur, wie Erregungszuständen, Alkoholabusus usw. — Erkrankt sekundär auch das Endometrium, so wird die Sekretion aus der Zervix verstärkt. Die gonorrhoische Endometritis klingt aber schneller ab, und daher ist immer der chronische Zervikalkatarrh die Hauptquelle des Ausflusses bei der chronischen Gonorrhoe. — Bei schubweise unter wehenartigen Schmerzen aus dem Uterus entleerter eitriger oder wässeriger Sekretion muß man auch an Pyosalpinx oder Hydrosalpinx denken, bei plötzlicher starker Eiterentleerung an einen Douglasabszeß. — Schließlich verursacht auch die Proctitis gonorrhoica, welche in 10% aller Gonorrhoefälle auftritt, Fluor mit sekundärem Analekzem. Die Analfalten werden durch die Entzündung hypertrophisch und können hahnenkammartig anschwellen.

2. B l u t u n g e n sind bei Gonorrhoe nicht selten. Im allgemeinen bleibt der zyklische Charakter der Menses erhalten, die Blutungen werden nur verstärkt und setzen häufiger ein, das Intermenstruum wird verkürzt; Ursache ist die allgemeine Hyperämie des Genitales oder eine Erkrankung des Endometriums. Sind aber später die Tuben, Ovarien oder das Beckenbauchfell erkrankt, so kommt es auch außerhalb der regulären Zeit zu Metrorrhagien, die mitunter zu schwerer Anämie führen (Kachexia gonorrhoica). Zur Differentialdiagnose zwischen Adnextumorblutungen und Extrauteringravidität hat sich die W a g n e r sche Pituitrinreaktion bewährt: Blutungen bei aszendierter Gonorrhoe kommen auf Pituitrin zum Stillstand, Blutungen bei Eileiterschwangerschaft bleiben unbeeinflußt („Ars Medici" 1920, S. 397). — Unbedeutende Blutungen kommen vorübergehend bei Urethralgonorrhoe, aus Erosionen der Portio oder der Zervikalschleimhaut vor. — In der Schwangerschaft kann gonorrhoische Endometritis harmlose Blutungen verursachen oder stärkere Hämorrhagien in der Uterushöhle, die zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft führen. Wir wissen heute, daß mancher Fall von habituellem Abort auf Endometritis gonorrhoica zurückzuführen ist. — Unter der Geburt kommen bei Gonorrhoe der Vaginalschleimhaut leichter Verletzungen derselben und Blutung zustande, ebenso bei Endometritis Blutungen in der Nachgeburtsperiode. Die Lochien pflegen bei Gonorrhoe des Endometriums reichlicher und länger blutig zu sein, was schon den alten Geburtshelfern bekannt war. Das manchmal stürmische Krankheitsbild der Lochiometra kann rein gonorrhoischen Ursprungs sein. — In selteneren Fällen hat die Gonorrhoe Amenorrhoe zur Folge, und zwar bei schwerer und tiefgreifender Erkrankung des Endometriums, besonders aber bei eitriger Einschmelzung der Ovarien.

3. Der Schmerz sitzt bei der akuten Gonorrhoe in der Harnröhre (bei und nach der Miktion), in der Blasengegend oder im ganzen Unterleib. Im akuten Stadium sind auch die Leistendrüsen vergrößert und schmerzhaft. Die anfängliche Vulvitis gonorrhoica kann unerträgliche Schmerzen bereiten. Bei der Vaginitis und Zervizitis wird der Schmerz unbestimmt im Unterleib lokalisiert. Beim Emporwandern der Gonorrhoe wird bald der ganze Uterus schmerzhaft, die Kranke vermeidet ängstlich die Anwendung der Bauchpresse; die Entleerung von Blase und Mastdarm wird zur Qual. Aus der Art, wie die Patientin unter Schonung des Unterleibes geht, kann man zuweilen die Diagnose stellen. Der Schmerz steigert sich zur Zeit der Menstruation zu Koliken: „Dysmenorrhoea gonorrhoica." — Bei der chronischen Gonorrhoe rühren die dauernden Schmerzen von den erkrankten Adnexen und dem Beckenbauchfell her. Oft bleibt das nervenreiche Douglasperitoneum lange isoliert schmerzhaft, daher die Klage über Schmerzen bei der Kohabitation. Die Pelveoperitonitis kann auf den Darm übergreifen und zu schweren Darmstörungen und ileusartigen Erscheinungen führen, die aber meist unter rein konservativer Behandlung bald abklingen. — Zu falschen Diagnosen führen oft die Tenesmen bei einem Douglasabszeß; hier besteht ja stets eine Periproktitis, die quälenden Stuhldrang unter Abgang von etwas zähem Schleim verursacht und die Rektaluntersuchung ungewöhnlich schmerzhaft macht; die Rektalschleimhaut fühlt sich ödematös und samtartig an. — Bei Tubengonorrhoe findet man beim Touchieren oft nur die Tubenecken oder den Abgang der Eileiter ganz isoliert schmerzhaft, während die lateralen Abschnitte trotz ihrer Größe meist unempfindlich sind (Martinsches Symptom). — Natürlich verursachen auch die seltenen Krankheitsbilder der Cystitis gonorrhoica, Pyelitis gonorrhoica und Mastitis gonorrhoica entsprechende Schmerzen. (Klin. Wschr. Nr. 27, 1925.)

Wehenverstärkung durch Chinin + Pituglandol + Rizinus.

An der Henkelschen Jenaer Universitäts-Frauenklinik wird nach Prof. Zimmermann das Chinin zur Wehenverstärkung viel angewandt, und zwar intern in Dosen von je 0.25 g in Abständen von je 30 Minuten bis zur Höchstgesamtgabe von 1.5 g. Die beste Wirkung stellt sich bei erlahmenden Wehen ein, wenn also eine vorher gute Uterustätigkeit im Abnehmen begriffen ist. Ist diese erst vollkommen erloschen, dann ist die Chininwirkung weniger zuverlässig; auch gelingt es nur ausnahmsweise, selbst am Ende der Gravidität, durch Chinin allein die Geburt einzuleiten. Eine wesentliche Erhöhung der Chininwirkung auf den Uterus ist zu erzielen durch Kombination mit Pituglandol und Rizinusöl; auch das letztere Mittel wirkt ja erregend auf den Uterus. Man gibt zunächst eineinhalb Eßlöffel Rizinusöl, nach einer Stunde 0.5 g Chinin. mur. per os, nach einer weiteren Stunde 1 g Pituglandol intramuskulär und endlich nach drei Stunden einen Darmeinlauf mit zwei Eßlöffeln Kochsalz. Mit dieser Henkelschen Methode sind die Erfolge wesentlich größer als mit Chinin oder Pituglandol allein, und zwar nicht nur bei primärer oder sekundärer Wehenschwäche, sondern das Verfahren eignet sich auch sehr gut zur Einleitung der Geburt sowohl am Ende der Gravidität als auch in früheren Monaten der Schwangerschaft. (Von amerikanischer Seite wurde zur Einleitung der Geburt Pituitrin + Rizinusöl empfohlen, siehe „Ars Medici" 1920, S. 500. — Ref.). (Fortschr. d. Ther. Nr. 10, 1925.)

Pädiatrie.

Die Breivorfütterung der Säuglinge

(nach B. Epstein) hat sich an der Deutschen Univ.-Kinderklinik in Prag (Prof. Fischl) in 265 Fällen gut bewährt, und zwar wie P. Gerstl ausführt, nicht nur bei habituellem Erbrechen, sondern überhaupt bei mangelhaftem Gedeihen an der Mutterbrust, bei exsudativer Diathese, Hungerdyspepsien u. dgl. Auch die jüngsten Säuglinge vertrugen dieses allaitement mixte gut und nahmen regelmäßig zu. Das jüngste Kind war zehn Tage alt. Die Zubereitung ist einfach: 100 g Halbmilch oder Wasser, zwei Kaffeelöffel Weizengries oder gestoßenen Karlsbader Zwieback, einen Kaffeelöffel Zucker, etwas Salz, 20 bis 30 Minuten kochen. Vor jeder Brustmahlzeit vom dicken Brei zwei bis drei Kaffeelöffel voll (mit dem Löffel) verabreichen. Bei habituellem Erbrechen ist Geduld notwendig, manchmal stellt sich der Erfolg erst in einigen Tagen ein; die Kombination mit Magenspülungen ist hiebei zweckmäßig. (M. Kl. Nr. 25, 1925.)

Chorea minor — Nirvanol.

Die Erfolge der Therapie der Chorea minor sind noch recht unbefriedigende. Arsen wirkt nur sehr langsam, Neosalvarsan unsicher. In neuerer Zeit wurde Luminal („Ars Medici" 1923, S. 362) empfohlen, weiter Milchinjektionen („Ars Medici" 1924, S. 105) und Lumbalpunktion („Ars Medici" 1924, S. 209). Prof. Langstein (Berlin) berichtete vor kurzem in einem Vortrage über gute Erfolge mit Nirvanol. Schmal (Kaiserin Augusta Viktoria-Haus, Charlottenburg) schildert die auffallende Wirkung dieses Mittels bei drei schweren Fällen. Nirvanol, hergestellt von der Chemischen Fabrik Heyden in Radebeul, ist ein Phenyläthylhydantoin, ein starkes Schlafmittel der Harnstoffgruppe, dessen Gebrauch sich aber wegen der hie und da beobachteten Entstehung von Fieber und Exanthemen nicht recht eingebürgert hat. Bei der Chorea minor nun scheinen gerade das Fieber und das masernähnliche Exanthem für die Heilwirkung von Wichtigkeit zu sein. Man gibt anfangs zweimal täglich 0.15 g Nirvanol (= ½ Tablette), dann eventuell zweimal täglich 0.2 bis 0.3 g, je nach Alter und Verträglichkeit durch drei bis acht bis zehn Tage. Zwei Fälle, in denen Fieber und Exanthem auftraten, zeigten nach Ablauf des Fiebers und der durch Nirvanol bewirkten leichten Benommenheit volle Heilung; der dritte Fall, in welchem trotz 18tägiger Nirvanolmedikation Fieber und Exanthem ausblieben, wurde weitgehend gebessert. Irgendein Schaden der Nirvanolmedikation wurde nicht beobachtet. Zwei von den Kindern hatten einen Herzklappenfehler, der nach der Behandlung ganz den gleichen Befund aufwies wie vorher. Ein Versuch mit Nirvanol ist also in schweren Fällen gewiß angezeigt. (D. m. W. Nr. 35, 1925.)

Impfung.

Kuhle (Universitäts-Kinderklinik in Greifswald) berichtet über genaue Beobachtungen bei 40 gesunden Kindern im Alter von ein bis zehn Monaten. Temperatur: Rektal gemessen ergab sich in den ersten zwei bis drei Tagen hie und da leichte Temperatursteigerung; vom vierten bis siebenten Tage allmählicher Temperaturanstieg bis gegen 38 bis 39°; die Akme des Fiebers dauerte bis zum zehnten Tage; von da an lytischer Abfall. Nach den beiden ersten Wochen fortbestehendes Fieber weist auf

Komplikationen (Bronchopneumonie, Dyspepsie) hin. Ganz junge Säuglinge zeigten nur geringe Fieberbewegungen. — Lokalreaktion: In den ersten 24 Stunden nicht spezifische, bald wieder verschwindende Rötung an der Impfstelle. Am vierten bis fünften Tage Beginn der Papelbildung, am sechsten bis siebenten Tage Pustelentwicklung. Am achten bis zehnten Tage typisches Jennersches Bläschen. Vom zwölften bis dreizehnten Tage an trocknet dieses ein. Der Inhalt bleibt steril, wenn keine Sekundärinfektion hinzutritt. — Das Blutbild wies auf der Höhe der Lokalreaktion Leukopenie, vor- und nachher polynukleäre Leukozytose auf. Rote Blutkörperchen ohne Veränderung. — Die Achseldrüsen waren bei starker Lokalreaktion manchmal geschwollen. Allgemeinbefinden, Gewicht und Wachstum wurden nicht merklich beeinflußt.

Bei Revakzinationen im elften bis zwölften Lebensjahr war die Impfstelle 24 Stunden nach der Impfung gerötet; nach 48 Stunden Papelbildung mit geröteter Umgebung. Höhepunkt am vierten bis fünften Tage. Regelrechte Bläschen wurden nicht festgestellt. Fieberbewegung gering, keine Leukozytose. Die Achseldrüsen waren stets fühlbar.

Auch die Leinersche Intrakutanimpfung („Ars Medici" 1925, S. 70) wurde mit bestem Erfolge vielfach angewendet, und zwar bei Verdünnung der Lymphe auf 1:50, während die Konzentration von 1:10 zu starke Reaktionen ergab. Die auf 1:50 verdünnte Lymphe wurde genau nach Leiners Vorschrift intrakutan eingespritzt. Nach dem ersten Tage Primärreaktion (kleines, von gerötetem Hof umgebenes Infiltrat an der Einstichstelle), die nach 48 Stunden verschwand. Am achten bis neunten Tage zweite Reaktion: Rötung und zunehmende Infiltration. Höhepunkt am 12. bis 14. Tage, drei Tage lang bestehend. Dann allmähliche Rückbildung. Die Temperatur stieg bei der stärkeren Konzentration bis auf 39 bis 40°, bei der schwächeren nur bis 38.3°. Das Blutbild entsprach dem der Kutanimpfung. Achseldrüsen waren in der Hälfte der Fälle tastbar. Komplikationen traten nie auf. Das Allgemeinbefinden der Kinder war anhaltend gut. Nachimpfungen ergaben stets Immunität.

Ähnlich verliefen auch Versuche mit der subkutanen Impfung nach Chauveau mit 1 cm³ einer Verdünnung von 1:200.

Verfasser schließt sich der Ansicht Leiners an, daß die intrakutane Impfung von Vorteil ist, wenn man Narbenbildung vermeiden will oder wenn Ekzem oder andere Hautkrankheiten beim Impfling bestehen. In dringenden Fällen ist auch die subkutane Methode am Platze, zumal bei dieser die Immunität einige Tage früher auftritt als bei der Intrakutanimpfung. (Monatsschr. f. Kinderhk., Bd. 30. H. 5, 1925.)

Über Säuglingsotitis.

Von Dozent R. Imhofer (Deutsche Univ.-Kinderklinik, Prag).

Die größere Häufigkeit der Otitis media (O. m.) im Säuglingsalter ist bedingt durch die geringere Widerstandskraft, die anatomischen Verhältnisse (Tube kurz, breit, tiefmündend, beim Neugeborenen sogar unter der Ebene des harten Gaumens; Choanen eng) und konstitutionelle Momente (exsudative Diathese). Jede Nasopharyngitis gefährdet daher das Ohr. Die Allgemeinsymptome sind oft gering und werden beim Proletariersäugling nicht selten übersehen. Doch kann man zum mindesten feststellen, daß das Kind zwei bis drei Nächte unruhig gewesen war, weniger getrunken

und sich warm angefühlt hat., Hohes Fieber ist erst beim Säugling über einem Monat die Regel. Ätiologisch spielen neben der Nasopharyngitis vor allem Darmstörungen (Toxinwirkung) eine Rolle.

Perforation und seröse Sekretion unter hohem Druck können rasch vorübergehen, während das Stadium der schleimig-eitrigen Sekretion (schleimige Fäden im Spülwasser), namentlich bei skrofulösen Kindern, sich wochen-, selbst monatelang hinziehen kann und häufig zu nässenden Ekzemen des äußeren Gehörganges, der Ohrmuschel und selbst der Wange führt. Meist schwellen dann auch die regionären Drüsen stark an. Im Stadium der Sekreteindickung ist wegen des engen Gehörganges hochgradiger Fötor bei der akuten Säuglingsotitis gewöhnlich, während er beim Erwachsenen nur bei chronischer Otitis mit Knochenkaries vorkommt.

Die Diagnose ist nur otoskopisch möglich; selbst die Otorrhöe ist nicht beweisend, da sie von einem stark sezernierenden Ekzem stammen kann. Die Untersuchungstechnik erfordert Erfahrung. Der Ohrtrichter muß tief, bis nahe an das Trommelfell eingeführt werden.

Therapie: Allgemeine Quarz- und lokale Solluxbestrahlungen. Parazentese ungefährlich und technisch einfach, jedoch nur bei Vorwölbung des Trommelfelles oder auffallend hohem Fieber erforderlich; zumeist kommt zunächst nur wenig oder gar kein Eiter, sondern erst nach 24 Stunden. Die Proteinkörper und Vakzinetherapie (Omnadin usw.) ist ohne augenfälligen Erfolg. Solange es stark sezerniert, sind Spülungen oder Austupfen zwecklos; erst im kurzen Stadium der Eindickung des Sekretes ist H_2O_2 am Platze. Man schütze lediglich die Umgebung durch Salben vor der Reizwirkung des Sekretes. (M. Kl. Nr. 26, 1925.)

Haut- und venerische Krankheiten.

Gonokokkenvakzine.

Pelliccioni (Hautklinik, Göttingen) hat an größerem Material mit den verschiedenen Gonokokkenvakzinen, auch mit dem neuesten „Arthigon nach verbessertem Verfahren" („Ars Medici" 1923, S. 372) Versuche angestellt und kommt zu folgenden Schlüssen: Am besten bewährt sich eigentlich die Autovakzine, die vom Patienten selbst hergestellt wird, eine in der Regel schwer durchzuführende Methode. Man ist daher auf die polyvalenten Mischvakzinen angewiesen, wie Arthigon, Gonargin, Vakzigon, Gonokokkenvakzine von Merck oder Kalle (Resantin), Gono-Yatren usw. Das Alt-Arthigon hat auf die offene Schleimhautgonorrhoe keinen Einfluß, es wirkt nur bei geschlossenen Komplikationen, wie z. B. Epididymitis, Prostatitis und Gelenkaffektionen. Vorsichtig mit kleinen Dosen begonnene venöse Injektion des Arthigons wurde sogar bis zu 5 g anstandslos vertragen. Provokatorisch ergab sich kein Unterschied, ob die Einspritzung muskulär oder venös erfolgte. Therapeutisch waren sogar hohe Dosen nicht immer von Erfolg begleitet. Sehr wichtig ist aber die fragliche diagnostische Bedeutung des Arthigons. Verfasser fand, daß allgemeine (auch hochfieberhafte) Reaktion auf venöse Einverleibung nicht für Gonorrhoe beweisend sei, und daß auch das Ausbleiben einer Allgemein- oder Herdreaktion Gonorrhoe nicht ausschließe. Ferner sei eine positive Allgemeinreaktion nicht immer an eine gleichzeitige Herdreaktion gebunden, und umgekehrt komme letztere ohne Allgemeinreaktion vor. (Acta dermato-vener., Bd. 6, H. 1, 1925.)

Hypotrichosis congenita hereditaria.

Marie Unna (Hamburg) beobachtete unter sieben Generationen einer Familie bei 27 Mitgliedern derselben angeborene, ererbte Haararmut, die sich auf alle Haaranlagen erstreckte. Die befallenen Familienmitglieder wurden mit Wollhaar auf dem Kopfe, aber ohne oder mit nur sehr spärlichen Augenbrauen und Wimpern geboren. Dem im ersten Lebensjahre ausfallenden Wollhaar folgte erst im dritten Lebensjahre der Ersatz durch das bleibende Haar. Die Kinder waren also längere Zeit hindurch völlig kahl. Die bleibenden Haare waren entweder sogleich spärlich und gingen schon in der Schulzeit wieder zugrunde, oder in anderen Fällen entwickelte sich dichtes bleibendes Haar, das schnell wuchs, aber auch bei den Mädchen nicht länger als 30 bis 40 cm wurde und erst zur Pubertätszeit oder gegen das zwanzigste Lebensjahr herum wieder ausfiel. In allen Fällen war die oberste Stirnpartie meist von Anfang an haarlos. Augenbrauen und Wimpern waren stets sehr spärlich, ebenso die Bartentwicklung, während die Genitalhaare zuweilen besser entwickelt waren, später aber auch zugrunde gingen. Die Haare selbst waren von abnormer Beschaffenheit, dick, hart, trocken und glanzlos und ließen sich bei den Mädchen nicht zu Zöpfen flechten.

In der Literatur wurde schon vielfach der familiäre Charakter der angeborenen Haararmut beschrieben. Es handelt sich um eine ererbte, keimplastisch bedingte, isolierte Minderwertigkeit der gesamten Haaranlage. Es liegt kein Anlaß vor, Störungen der inneren Sekretion anzunehmen, denn es zeigten sich keine anderen innersekretorischen Störungen; es handelte sich im Gegenteil um einen besonders kräftigen, sonst gesunden Menschenschlag; sechs der haarkranken Familienmitglieder waren über 70 Jahre alt und voll arbeitsfähig. Organtherapie brachte keinerlei Besserung. Röntgenbestrahlung der kahlen Stellen mit kleinen Dosen brachte nur vereinzelte vorübergehende Erfolge. — Das histologische Bild der Kopfhaut zeigte starke Proliferation der Stachelschicht des Deck- und Haarbalgepithels und wohl damit zusammenhängenden Zerfall und Untergang der Haare und Haarbälge. (Derm. Wschr. Nr. 32, 1925.)

Zehn Jahre Radiumbehandlung bei Hautkrankheiten.

H. Möbius bespricht die Ergebnisse der Dortmunder Hautklinik. Verwendet wurden Kupferplättchen oder Silberröhrchen von zirka 7 bis 27 mg Radiumbromid-Inhalt. Dieselben werden mit 0.5 mm Silberfilter versehen, in Ölpapier gewickelt auf die zu bestrahlende Stelle gelegt (bzw. in die Körperhöhle [Nase, Zervix usw.] eingeführt) und mit Leukoplast festgeklebt, bzw. an Seidenfäden gesichert. Größere Hautstellen werden vom Patienten selbst mit dem (stärksten) Präparat durch eine halbe bis zwei Stunden gleichmäßig bestrichen. Bei Tumoren, Warzen usw. werden gleichzeitig mehrere Präparate von oben, von den Seiten angelegt (Kreuzfeuermethode mit größerer Tiefenwirkung). Die Dosierung erfolgt nach Milligrammstunden (Zeit × mg-Gewicht) und muß individuell angepaßt werden. Nach zehn bis zwölf Tagen, manchmal auch erst nach vier bis sechs Wochen entsteht an der bestrahlten Hautstelle ein entzündliches Erythem, das unter Schuppen- und Krustenbildung und eventueller oberflächlicher Ulzeration in vier bis sechs Wochen mit zarter, weißer Narbe abheilt. Nur ausnahmsweise entstehen Pigmentation, Hautatrophien oder Teleangiektasien.

Lupus, Hauttbc., Skrofuloderm usw. (713 Fälle) sind nur ausnahmsweise durch Radium allein heilbar (30 bis 40 mg-Stunden pro Feld). Hingegen ist beim Schleimhautlupus das Radium allen anderen Methoden über-

legen. Nach sorgfältiger Säuberung der Nase wurde das Silberröhrchen zu 27 mg für vier bis sechs Stunden eingeführt. Das tbc. Granulationsgewebe ist empfindlicher als die normale Schleimhaut. Die Heilung erfolgte ohne Schrumpfung (Stenosenbildung).

Hautkrebs (335 Fälle). Am besten reagierten oberflächliche Formen, Leukoplakie, senile Warzen usw. Schon exulzerierte oder tiefgewucherte Krebse müssen vorher operiert werden. Dosierung 40 bis 60 mg-Stunden pro Feld, in vier- und sechswöchentlichen Intervallen mehrmals wiederholt.

Keloide (103 Fälle). Vorzügliche Erfolge. Bei kleinen Keloiden genügen schon 10 bis 20 mg-Stunden, mehrmals wiederholt. Sie schwinden oft ohne Reizerscheinungen mit kaum auffallender Narbe. Größere K. müssen zuerst galvanokaustisch zerstört oder exzidiert werden. Anschließend 50 bis 70 mg-Stunden, wiederholt, worauf niemals Rezidive auftreten.

Der Naevus flammeus muß vom (kavernösen) Angiom getrennt werden, der kein Naevus, sondern eine Gefäßgeschwulst ist und am besten mit Kohlensäureschnee (8 bis 12 bis 20 Sekunden, nach dem Auftauen eventuell wiederholt) behandelt wird. Die Gefäßnaevi reagieren auf Radium um so besser, je jünger der Patient ist. Aber auch bei älteren Patienten ist das Radium allen übrigen Verfahren überlegen, wenngleich manchmal Pigmentierungen und Gefäßektasien nicht zu vermeiden sind. Bei ausgedehnten Naevi kann die Behandlung viele Monate dauern, da es oft vier bis acht Wochen dauert, bis die Reizerscheinungen völlig abgeklungen sind.

Ungleich schwieriger ist die Radiumbehandlung der Pigmentnaevi. Sie erfordern häufig wiederholte Dosen von 30 bis 40 mg-Stunden pro Fläche, die ein deutliches Erythem, bei Kindern auch Blasenbildung verursachen. Ausgedehnte Flächen müssen gleichmäßig bestrahlt werden, da sonst infolge ungleichmäßiger Aufhellung ein scheckiges Bild resultiert.

Bei der Induratio penis plastica (14 Fälle) hat sich das Radium nicht bewährt; am besten wirken die Fibrolysininjektionen (alle vier bis sechs Wochen unter Lokalanästhesie). Die Roll-(Streich-)methode verspricht Erfolge bei gewissen Formen von Ekzem und Sykosis simplex. (M. Kl. Nr. 26, 1925.)

Salvarsan, Hg und Wismut.

Nach kombinierten Wismut-Salvarsankuren sah Smechula (Dermat. Stadtkrankenh., Hannover) doch häufigere Wassermann-Rezidive als nach Hg-Salvarsankuren. Anderseits sind jedoch Salvarsan und Hg die viel differenteren Mittel, nach denen Dermatitis und Nierenreizung vorkommt; Verfasser beschreibt sogar einen Todesfall durch Hg-Enteritis. Aus diesen Erwägungen heraus geht er jetzt so vor: Bei kräftigen und sonst gesunden Männern und Frauen mit Lues I, II oder III werden zunächst Hg-Salvarsankuren eingeleitet und bei guter Verträglichkeit zu Ende geführt. Bei allen seropositiven Fällen ohne klinische Erscheinungen macht man in der Regel reine Wismutkuren, ebenso bei allen Patienten mit negativer WaR, die sich einer „Sicherheitskur" unterziehen müssen. Bei allen klinisch-infektiösen Fällen, die irgendwie, sei es durch die Lues selbst, sei es durch Tbc., Blutkrankheiten oder vorhergegangene Erkrankungen akuter Natur in ihrem allgemeinen Kräfte- und Ernährungszustand sehr geschwächt sind, sind vorsichtige kombinierte Wismut-Neosalvarsankuren am

Platze und muß man deren geringeren Einfluß auf die WaR mit in Kauf nehmen. — Wird bei den mit Hg kombinierten Kuren dieses Mittel aus irgendeinem Grunde im Laufe der Behandlung nicht vertragen, so wird es sofort durch Wismut ersetzt. Macht Salvarsan irgendwelche Nebenerscheinungen, so gibt man es zweckmäßig in Afenil gelöst, am besten unter anfänglicher Herabsetzung der Dosis (statt 0.45 nur 0.3 oder 0.15). Danach treten wohl nie Dermatitiden oder andere Nebenerscheinungen auf. Jede Kur, auch die leichteste mit Wismut allein, bleibt ein eingreifendes Verfahren und soll nur bei strenger Indikation angewandt werden. Liegen außer einer positiven WaR gar keine Erscheinungen vor, so soll die WaR wiederholt und womöglich auch noch die Meinicke- oder Sachs-Georgi-Reaktion angestellt werden. Erst wenn auch diese positiv ausfallen, ist die Indikation für eine Kur gegeben. Die WaR allein kann positiv ausfallen bei schwerer Tbc., Malaria, Masern, Diabetes, Ulcus molle serpiginosum, Plaut-Vincentscher Angina usw. (Klin. Wschr. Nr. 31, 1925.)

Augenheilkunde.

Die neueren ophthalmologischen Untersuchungsmethoden

bespricht Prof. H. Lauber (Wien).

Die Gullstrandsche Spaltlampe (siehe „Ars Medici" 1925, S. 346) zeigt feinste Veränderungen namentlich im vorderen Augenabschnitt. Durch eine spaltförmige Blende wird ein sehr starkes Lichtbüschel seitlich aufs Auge geworfen. Die Brennebene kann beliebig tief genau in die Beobachtungsebene verlegt werden. Beobachtet wird mit einem binokulären Mikroskop. Mit diesen Hilfsmitteln kann man jetzt Endothel und Nervenfasern der Hornhaut, die Blutströmung in den Bindehautgefäßen wahrnehmen; sie ermöglichen die Frühdiagnose der Stauungspapille, der Augentbc. usw. — Niveaudifferenzen im Augenhintergrund erkennt man am deutlichsten mit dem binokulären Augenspiegel von Gullstrand.

Bei Untersuchung des Augenhintergrundes im rotfreien Lichte (mittels Lichtfilters) erscheinen alle roten Teile desselben schwarz, z. B. das Blut in den Netzhautgefäßen oder an Extravasaten, das rote Pigmentepithel und darüber ausgebreitet besonders deutlich infolge des schwarzen Hintergrundes die Netzhaut. Man erkennt deutlich die Nervenfasern in weiter Ausdehnung in der Umgebung der Papille, die gelbe Farbe der normalen Makula und kann somit zwischen makulären und neurogenen Zentralskotomen differenzieren — kurz die Diagnostik der Makula- und Netzhautveränderungen ist bedeutend verfeinert. Ein Zentralskotom bei normaler Makula bedeutet eine Retrobulbärneuritis (multiple Sklerose, chronische Vergiftungen, rhinogen).

Das Differentialpupilloskop von Hess zeigt objektiv, ob und in welchem Grade die Pupillenreaktion auf Licht von der Norm abweicht.

Das ultraviolette Licht leistet Ausgezeichnetes zur Diagnose der Ektopie und Luxation der Linse, zur Beurteilung eines Nachstares und zur Behandlung von Hornhautgeschwüren. (M. Kl. Nr. 25, 1925.)

Die Suprareninbehandlung des Glaukoms

steht seit den Arbeiten Hamburgers („Ars Medici" 1925, S. 27) im Mittelpunkt des Interesses. Prof. Hegner (Luzern) kann über günstige Erfahrungen berichten. Wenn man 0.2 bis 0.5 der 1‰ Suprarenin-Lösung

subkonjunktival injiziert, so entsteht Mydriasis und rapide Senkung des intraokularen Druckes. Die Drucksenkung hält längere Zeit, oft mehrere Tage an; sie wird durch gleichzeitige Anwendung von Eserin noch verstärkt. Nachprüfung der Methode an zahlreichen Kliniken hat ergeben, daß die Suprareninwirkung eine prompt günstige ist beim Glaucoma simplex. Hier hält die Drucksenkung nach der Erfahrung des Verfassers und anderer Autoren bis zu 14 Tagen an. Das akute Glaukom hingegen wird nur ausnahmsweise durch die Adrenalininjektion günstig beeinflußt. Gut wirkt das Suprarenin bei Glaucoma secundarium und kann hier manchmal die Operation ersetzen; Verfasser selbst beobachtete ein Sekundärglaukom nach Subluxatio lentis, bei dem die Tension durch in gewissen Zeitabständen vorgenommene Injektionen immer wieder normalisiert werden konnte, wobei sich die Funktion des Auges unverändert erhielt. Manche Autoren betonen die Nützlichkeit des Suprarenins beim Glaukom infolge Iritis, wobei es nicht selten gelingt, außer einer Drucksenkung durch die starke Mydriasis auch eine Lösung von Synechien oder die Verhinderung derselben zu erzielen. Wenig oder gar nicht beeinflußbar sind das Glaucoma haemorrhagicum und absolutum.

Üble Zwischenfälle infolge des Suprarenins (Kollaps) wurden nur ganz vereinzelt berichtet. Nekrosen kamen nicht vor. Zu betonen ist nur, daß in seltenen Ausnahmsfällen aus noch unbekannten Ursachen das Suprarenin umgekehrt eine Drucksteigerung im Auge hervorrief, die allerdings stets durch Miotika schnell wieder beseitigt werden konnte. Immerhin mahnt diese Erscheinung zu genauer Beobachtung des Kranken und zu vorsichtiger Auswahl der Fälle.

Als Ursache der drucksenkenden Wirkung des Suprarenins sieht Hamburger die starke Kompression der Aderhautgefäße an, doch scheinen auch Vorgänge im Glaskörper und vielleicht im Sympathikus eine Rolle zu spielen.

Kann nun das Suprarenin die Glaukomoperation in allen Fällen überflüssig machen? Das ist gewiß nicht der Fall und wurde auch von Hamburger selbst nicht behauptet. Aber es vermag uns wertvolle Dienste zu leisten, zumal als Unterstützung und Ergänzung der gebräuchlichen Miotika. Ferner ist es sehr nützlich zur Herabsetzung des Druckes vor der Operation. Auch wird man in gewissen prekären Fällen zum Suprarenin greifen, um eine Operation hinauszuschieben oder bei Operierten, wenn nach der Operation Drucksteigerungen auftreten. Natürlich ist zu bedenken, daß man aus äußeren Gründen oft den Glaukomkranken nicht jahrelang mit Suprarenininjektionen behandeln kann. Da aber bei der Glaukomtherapie die Miotika allein meist ungenügend sind und die Operation immerhin etwas Unberechenbares ist, wird die Suprareninbehandlung sicher einen ehrenvollen Platz in der Augenheilkunde behaupten. (Fortschr. d. Ther., Nr. 11, 1925.)

Aus der Praxis.

(Originalarbeiten.)

Die diagnostische Bedeutung der Permanganatreaktion beim Typhus.[1]

Von Dr. Moriz **Weiss**, Facharzt f. Krankh. der Atmungsorgane, Wien.

Wenn der Krieg ungezählte Opfer an Typhus gefordert hat, so mußte man dies notgedrungen als Tribut an die aus den Fugen geratene menschliche Zivilisation in Kauf nehmen. Aber schon in dieser traurigen Zeit hat man mit allen Mitteln versucht, diese Krankheit möglichst frühzeitig zu erkennen, um Schutzmaßnahmen gegen die Ausbreitung einer Epidemie zu treffen. Jeder Tag, um den der Typhus früher erkannt wird, kann einen Gewinn an Menschenleben bedeuten; um so dringender ist es, im Frieden kein Mittel unversucht zu lassen, um sobald als möglich typhusverdächtige Fälle herauszufinden.

Durch die Untersuchung des Harns mittels der von mir schon im Jahre 1910 beschriebenen Urochromogen- oder Permanganatreaktion („Ars Medici" 1920, S. 221, 1921, S. 173, und 1925, S. 191) kann man bei fieberhaften Erkrankungen rasch eine Orientierung gewinnen, ob der Fall in die Reihe der typhösen Erkrankungen gehören kann. Diese Probe ist so einfach, daß der Arzt sie binnen weniger Sekunden ausführen kann. Der klare frische Harn wird in einer gewöhnlichen Eprouvette dreimal mit Wasser verdünnt, in zwei Hälften geteilt und zur einen Hälfte kommen drei Tropfen einer einpromilligen Permanganatlösung. Tritt eine kanariengelbe Färbung in der mit Permanganat versetzten Probe auf, so besteht Verdacht auf Typhus. Die Probe ist nicht eindeutig. Sie kommt auch bei anderen Infektionskrankheiten, z. B. Masern, Blattern und schwerer Tuberkulose vor, aber diese Krankheiten haben wieder andere Symptome und bieten der Differentialdiagnose in der Regel keine Schwierigkeiten. U n t e r d e r g r o ß e n Z a h l v o n f i e b e r h a f t e n Z u s t ä n d e n a n f ä n g l i c h u n k l a r e r G e n e s e g e s t a t t e t d i e P e r m a n g a n a t p r o b e d i e e r s t e O r i e n t i e r u n g, o b T y p h u s v e r d a c h t v o r l i e g t. Guido S a l m o n i („Il Policlinico", Sez med. 1923) sagt hierüber: „Die Reaktion ist bei Typhus vom ersten Stadium angefangen mit großer Konstanz positiv und hat gegenüber der Serumdiagnose den Vorteil, daß sie früher auftritt. Sie ist daher ein gutes diagnostisches Hilfsmittel, besonders für den praktischen Arzt, der nicht leicht über andere Laboratoriums-Hilfsmethoden verfügt." Vladimir S v e s t k a (Chefarzt des Epidemie-Laboratoriums des Militärkommandos in Krakau) hat für die Sanitätsformationen im Felde im Jahre 1916 ein Flugblatt herausgegeben, in welchem es heißt: „Die Typhusdiagnose, die klinische wie die bakteriologische, hat mit vielen Schwierigkeiten besonders im Anfang der Erkrankung zu kämpfen. Fast alle Mittel, welche wir in dieser Hinsicht besitzen, versagen oft oder kommen erst in der späteren Zeit in Betracht. Aus epidemiologischen Gründen ist es aber sehr wichtig, die Diagnose in der möglichst frühesten Periode der Erkrankung zu stellen, um geeignete Maßnahmen treffen zu können. Deswegen ist es notwendig, alle diagnostischen Mittel und Hilfsmittel, welche wir für solche Fälle besitzen, zu mobilisieren und zu benützen. Zu diesen gehört auch die Permanganatreaktion im Harn bei Typhus abdominalis, welche von M. W e i s s angegeben wurde. Die Probe ist schon in der ersten Woche

[1] Anläßlich der in diesem Jahre in Deutschland und in der Nähe Wiens aufgetretenen Typhusepidemien dürfte der vorliegende Aufsatz von besonders praktischem Interesse sein.
Die Redaktion.

der Erkrankung positiv, oft früher als die Blutkultur in der Galle. Am Anfang der vierten Woche verschwindet sie langsam. Diese Erfahrung, welche immer durch bakteriologische Untersuchung kontrolliert wurde, habe ich bereits bei 500 Typhusfällen erprobt. Die Reaktion ist besonders dort, wo es sich um schnelle diagnostische Orientierung handelt, sehr gut verwendbar." In ähnlichem Sinne haben sich Rhein (M. m. W. 1914 und 1915) in seinen Arbeiten aus dem Seuchenlazarett in Straßburg und viele andere Autoren während des Krieges geäußert.

Ich selbst habe nicht ermangelt, in zahlreichen Arbeiten während und nach dem Kriege auf die praktische Bedeutung meiner Probe in dieser Beziehung hinzuweisen. Erst in einer vor einigen Monaten erschienenen Arbeit (M. Kl. Nr. 23, 1925) habe ich geschrieben: „Die Bedeutung des Urochromogennachweises für die Typhusdiagnose liegt besonders in der raschen Beurteilung unklarer Krankheitsbilder während einer Typhusepidemie." Bei der großen Zahl von fieberhaften Erkrankungen, mit welchen es der Arzt in der Praxis zu tun hat, ist es von Wichtigkeit, wenn er ein leicht nachweisbares Symptom besitzt, das seinen Verdacht in einer bestimmten Richtung nähren oder entkräften kann. Die Permanganatreaktion ist kein spezifisches Symptom, aber die oben erwähnten differentialdiagnostisch hauptsächlich in Betracht kommenden Krankheiten werden nur selten gegenüber Typhus in Frage kommen. Es handelt sich ja auch bei epidemiologischen Maßnahmen vielfach nicht bloß um einzelne Fälle, sondern um Gruppenerkrankungen, in welchen es nottut aus der Gesamtheit der Erscheinungen auf eine gleichartige Ursache zu schließen, und hier gibt uns der Urochromogennachweis im Zweifel einen sehr willkommenen Anhaltspunkt für die Typhusdiagnose. Bekanntlich hat schon die Ehrlichsche Diazoreaktion zusammen mit dem Vidal und dem Milztumor als diagnostischer Behelf für Typhus gegolten. Während aber die Reaktion Ehrlichs nur in etwa 60% der Typhusfälle positiv ausfällt, ist die Permanganatprobe als weit empfindlichere, weniger Störungen unterworfene und auch technisch viel einfachere Probe viel konstanter (in über 95% der Fälle) nachweisbar. Durch die Typhusschutzimpfungen hat die Vidalsche Probe während des Krieges ihre Bedeutung als spezifisches Zeichen des Typhus verloren. Sie wird auch erst frühestens in der zweiten Krankheitswoche positiv. Die Blutkultur nimmt längere Zeit in Anspruch und ist gewöhnlich erst später positiv als die Permanganatreaktion, wie Svestka (W. kl. W. Nr. 39, 1915) und andere hervorheben. Roseolen sind oft nicht nachweisbar und der Milztumor im Beginn der Erkrankung oft nicht palpabel. Außerdem ist auch er nicht eindeutig. Dazu kommt, daß es typhöse Erkrankungen gibt, welche gar nicht durch den Eberthschen Bazillus hervorgerufen werden, bei welchen daher die Vidalsche Reaktion nie positiv wird und bei denen doch ein aus einer gemeinsamen Quelle stammendes infektiöses Agens die Ursache von Massenerkrankungen werden kann. So können der Bacillus lactis und andere Keime ganz unter dem Bilde eines Typhus verlaufende Erkrankungen hervorrufen. Allen diesen den Stoffwechsel schwer alterierenden Krankheiten ist aber gemeinsam, daß sie mit einer starken Permanganatreaktion einhergehen, welche wochenlang anhält.

Der Nutzen einer dauernden Harnkontrolle auf Urochromogenausscheidung liegt aber noch in einer anderen Richtung. Die Reaktion soll bei typisch verlaufenden Fällen anfangs der vierten Woche allmählich verschwinden. Ihr Anhalten bis in die fünfte Woche und darüber bei einer typhösen Erkrankung weist auf besonders schweren Verlauf oder auf eine Miliartuberkulose hin, die sich nicht selten an einen Typhus anschließt.

Der praktische Arzt, der sich mit der Permanganatreaktion vertraut macht, wird von dieser Probe vielfachen Nutzen in diagnostischer und prognostischer Richtung haben, wie dies erst jüngst Dr. Tibold[1] hier ausgeführt hat. Wir dürfen nicht vergessen — und das läßt leider die heutige klinische Erziehung den Arzt nur zu leicht vergessen, — daß unsere Kunst nicht auf langwierigen Laboratoriumsuntersuchungen aufgebaut sein kann, sondern daß wir lernen müssen, mit Hilfe der einfachsten Mittel unsere ärztlichen Maßnahmen zu treffen. Deutsche Forscher verlangen daher auch, daß der Arzt in jedem Krankheitsfall, ebenso wie auf Eiweiß, Zucker usw. auch den Harn auf den von mir beschriebenen Harnbestandteil untersuche. Die Zahl der ausländischen Arbeiten über die Permanganatreaktion ist heute schon eine sehr beträchtliche. Weniger bekannt ist sie jedoch und fast gar nicht gelehrt wird sie in Österreich.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.*

Fragen.

220. Welches sind die Bestandteile des mit Patent oder Musterschutz versehenen Streupulvers des Hautarztes Dr. Willi Schmidt in Frankfurt a. M., das früher dortselbst, wenn ich nicht irre, von einem Apothekenbesitzer fabriksmäßig hergestellt wurde? Es diente zur Heilung von nässendem Ekzem. Dr. R. in L.

221. Ein 42jähriger Steinmetz leidet an Lungenspitzentuberkulose einer Seite und ausgedehntem Skrophuloderma des ganzen Halses im Anschluß an Halsdrüseneiterung. Das Skrophuloderm ist ganz vernarbt; von Zeit zu Zeit treten Rezidive, Fisteln und Hautentzündungen auf. Durch welche Mittel ist dem Auftreten der Rezidive vorzubeugen?
Dr. R. in L.

222. Worin besteht die Lapiskur bei Cholelithiasis des Naturheilkundigen Fritz in Wiesbaden? Dr. M. K. in M.

223. Es fiel mir auf, daß in den letzten Jahren Abstriche, die ich von Diphtheriekranken einsandte, oft keine Di-Bazillen aufwiesen. Es waren meist Plaut-Vincentsche Spirillen, seltener Soorpilze gefunden worden. Es handelte sich in allen Fällen um klinisch einwandfreie Di. Seitdem habe ich stets in solchen Fällen vor Beginn jeder Therapie Abstriche eingesandt. In keinem der letzten fünf Fälle wurden Di-Bazillen gefunden, obgleich in zwei Fällen mehrere Familienmitglieder erkrankten. Es empfiehlt sich also jedesmalige bakteriologische Untersuchung, um bei späteren Infektionen in derselben Familie eventuell Seruminjektionen sparen zu können. Die Infektiosität der Angina Plaut-Vincent hat nach dem Kriege zweifellos bedeutend zugenommen. Die in „Ars Medici“ einmal empfohlene Pinselung mit Pyoktanin scheint bei der Bekämpfung dieser

---

[1] „Ars Medici“ 1925, S. 191. Mit Dr. Tibold kann ich bezüglich der Technik der Probe jedoch nicht übereinstimmen. Es darf nur 1 promillige und nicht 1prozentige Permanganatlösung verwendet werden und zur Beurteilung, ob die Reaktion positiv ist, genügen bei einiger Übung wenige Sekunden.

* Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Raummangels werden nur die Anfragen von allgemeinem Interesse veröffentlicht. Behufs etwaiger brieflicher Beantwortung ersuchen wir daher um Beifügung von Rückporto. Die Red.

oft recht hartnäckigen Krankheit allen anderen Mitteln bedeutend überlegen zu sein. Dr. Ritscher, Bredstedt.

224. Ich leide viele Jahre an einem Rachenkatarrh mit sulzigem Auswurf nach vorhergehendem Räuspern (ohne Hustenreiz) und bitte um eine radikale Behandlungsmethode. Dr. A. L. in I.

225. Es wird jetzt viel Reklame gemacht für Radium-Salbe und Radium-Kompressen bei Stoffwechselkrankheiten, Psoriasis, eitrigen Entzündungen usw. Die Präparate sind sehr teuer. Haben sie praktischen Wert? Dr. H. in H.

226. Gibt es eine Methode zur Bestimmung des Dispersitätsgrades des Serums, bzw. Plasmas? Literatur? Dr. L. in W.

227. Patient 13 Jahre alt, hat an beiden Augen typischen Pannus trachomatosus (sichelförmig am oberen Rande), in der Mitte bis 1½ mm breit. Sonst am linken Auge nichts. Am rechten Auge, an der Konjunktiva des unteren Lides nichts (auch keine Follikel); an der Konjunktiva des oberen Lides dichtstehende platte Erhabenheiten (Follikel) verschiedener Größe, bis zu 2 mm Durchmesser. Diese Wucherungen wurden zweimal abgetragen, kamen immer wieder. Trachomtherapie bringt keine Besserung, ebensowenig Ferrojodlezithin intern. Dieser Zustand dauert schon eineinhalb Jahre. Was liegt vor? Trachom? Catarrhus vernalis? Patient ist gut entwickelt, gut genährt und zeigt keine Anzeichen von exsudativer Diathese. Dr. M. V. in N.

228. Patientin hat chronisches Blasen- und Nierenbeckenleiden. Der Urin stets trübe mit weißem Satz. Mikroskopisch waren Phosphate und Oxalate nachzuweisen. Eine Kur in Wildungen brachte klaren Urin und eine Gewichtszunahme von 4½ kg. Acht Tage nach der Rückkehr war die alte Geschichte wieder da. Die Patientin ist 25 Jahre alt, äußerst neuropathisch, Gewicht 46 kg. Sonst keine krankhaften Veränderungen nachzuweisen. Sämtliche harntreibenden und desinfizierenden Medikamente ohne Erfolg angewandt. Tbc. nicht nachzuweisen. Zystoskopie wird abgelehnt. Was wäre zu tun? Dr. G. F. in R.

229. Ich wache an einem beliebigen Tag morgens auf und fühle mich überaus wohl; gut gelaunt, fröhlich, recke und strecke ich mich, bin arbeitsfroh, habe Appetit und brenne auf meine Arbeit. Tags darauf bin ich beim Aufwachen verstimmt, unlustig, müde und kann nicht arbeiten. Irgendeine äußere Ursache liegt nicht vor; dabei nehme ich keinerlei Narkotika, keinen Alkohol oder sonst ähnliches. Wie ist diese plötzlich wechselnde Stimmung zu erklären? Dr. B. in G.

230. Nach einer suprakondylären Humerusfraktur r. bei einem zweieinhalbjährigen Knaben trat bei achttägigem Middeldorpf-Schienenverbandwechsel in der vierten Woche Krallenhand auf. Chirurgische Behandlung wurde abgelehnt. Es wird nur passiv bewegt und massiert, wie dies schon zwischen den Verbänden und nachher gemacht wurde. In der fünften Woche zeigt Röntgen tadellose Heilung der Fraktur. Gegenwärtig (drei Monate nach der Fraktur) kann der Arm aktiv und passiv nur bis 170 Grad gestreckt werden. Aktive Volarflexion der Hand erlaubt Streckung der Finger, Dorsalflexion bedingt starke Krümmung. Der Zustand macht den Eindruck einer mechanischen Behinderung der Streckung etwa durch Sehnenverkürzung, nicht den der Ulnarislähmung wie anfangs. Kann dieser Zustand (Thenar und Hypothenar etwas atrophisch) in Heilung übergehen? Kann ich gerichtlich der Haftpflicht verfallen, obwohl solche

Störungen von Seite des Radialis und Ulnaris nach derartigen Frakturen doch vorkommen? Dr. I. B. in W.

231. 68jähriger Diabetiker, seit 14 Tagen in Behandlung und entsprechend diät lebend („Ars Medici" 1925, S. 372) hatte vorher und auch jetzt bei Nahrungsaufnahme einen salzigen, bisweilen säuerlichen Geschmack im Munde. Infolgedessen ekelt ihm vor den Speisen und er magert ab. Ist der Diabetes die Ursache dieser Geschmacksempfindungen und wie wären diese zu beseitigen?

Dr. I. B. in W.

232. Vor etwa zehn Jahren behandelte ich einen Eisenbahnbediensteten an Hämoptoe in vorgeschrittenem Stadium von Lungentbc. Kurz darauf wechselte er seinen Beruf und wurde Kohlenhändler. Drei Jahre später sah ich ihn und war über sein blühendes Aussehen und sein vermehrtes Körpergewicht erstaunt. Von Seiten der Lungen keine subjektiven Beschwerden, objektiv nur Schrumpfung der Lungenspitzen nachweisbar. Eine ähnliche Beobachtung machte ich in zwei weiteren Fällen. Kohlenbergwerksbeamte haben mir bestätigt, daß bei Kohlenbergleuten die Tuberkulose nicht vorkomme. Ist dies den Praktikern, insbesonders den Kohlenbergwerksärzten bekannt? Dr. H. B. in W.

233. Weiß jemand ein sicheres Mittel gegen Lichen urticatus bei einem sonst gesunden, normal entwickelten eineinhalbjährigen Kinde? Bisherige Behandlung: Milcheinschränkung bis auf 200 g täglich, Kalk intern, Schwefelbäder und vitaminreiche Kost — blieben erfolglos.

Dr. P. in H.

234. Meine Frau leidet schon viele Jahre an Trichocephalus dispar. Als Folge hat sich insbesondere eine schwere Anämie eingestellt. Alle bisher verordneten Anthelmintika, wie Santonin, Santoperonin, Butolan, ferner Benzinklysmen usw. hatten keinen Erfolg, denn die Beschwerden hören nur zeitweilig auf und nach Wochen kehren Trichocephaluseier und Beschwerden wieder. Dr. A. K. in V.

235. Ich beobachtete hier eine Typhusepidemie mit 20% Mortalität bei Leuten, welche zwei Monate vorher geimpft worden waren. Haben andere Kollegen ähnliches gesehen? Es wurde die Vermutung geäußert, daß entweder die Vakzine schlecht war, oder daß die Geimpften wegen physischer Überanstrengung zur Zeit der Vakzination keine Antikörper erzeugen konnten. In Kraus-Brugsch Bd. II, 3. Teil, S. 305 findet sich folgende Angabe: „Im ersten Kriegsjahr war im deutschen Heere die Mortalität 18%, im zweiten 6%, im dritten 3.7% (infolge der durchgeführten Impfung). Im vierten Kriegsjahre stieg die Mortalität trotz der Impfung auf 4.4% wegen der Erschöpfung und der ungenügenden Ernährung.".

Dr. M. S. in D.

236. Alveolarpyorrhoe bei einem 50jährigen Patienten, wiederholt erfolglos behandelt. Ein Spezialist empfiehlt Injektionen von Preglscher Jodlösung ins Zahnfleisch. Haben diese Aussicht auf Erfolg und welches Anästhetikum wäre der Pregllösung beizufügen und in welcher Dosis? Dr. T. H. in H.

237. Seit einer außerordentlich anstrengenden Sportleistung im Skilaufen im vergangenen Winter habe ich ein Zittern in beiden Händen zurückbehalten, das mich als Chirurgen sehr stört und deprimiert. Das Zittern wechselt in seiner Stärke je nach meinem jeweiligen Ermüdungszustand, verschwindet aber nie ganz. Gibt es ein Mittel gegen diesen nervösen Intentionstremor? Dr. M. R. in B.

238. Wer unterrichtet mich schnell und gründlich in praktischer Hypnosebehandlung? Anträge an die Redaktion erbeten.
Dr. M. in F., N.-Ö.

239. Ein 30jähriger Mann hatte sich in der Kriegszeit, um dem Frontdienst zu entgehen, unter die Oberschenkelhaut eine Glyzerin-Paraffinmischung spritzen lassen. Die „Phlebitis traumatica" wurde mit Massage und Bädern erfolglos behandelt. Jetziger Befund: Fußrücken, Unterschenkel und untere Hälfte des Oberschenkels im Umfange etwa eineinhalbfach stärker als auf der anderen Seite; Haut und Unterhautzellgewebe von teigiger Konsistenz, Lymphdrüsen an der Grenze der Schwellung vergrößert; absolut keine Beschwerden. — Gibt es außer Operation irgendeine Behandlungsmethode? Welche Operationsmethode ist eventuell die beste?
Dr. H. F. in C.

240. Vor drei Jahren Erosio corneae, entstanden durch Verletzung mit dem Fingernagel im Ohnmachtsanfall. Heilung innerhalb 14 Tagen bei der üblichen Behandlung (Atropin und Okklusivverband). In diesem Jahre Rezidiv ohne neues Trauma; die Erosion besteht hartnäckig seit vier Monaten und raubt die Nachtruhe, da die Schmerzen und der Tränenfluß nur im Schlaf auftreten. Die übliche Therapie versagt. Was ist zu tun, um eine Kürettage der Erosion zu vermeiden? Dr. L. in S.

241. Was ist von der „radioaktiven Salus-Ölkur" des Dr. med. Otto Greither (Salus-Werke, München 9, Schönstraße 10) zu halten? In einem Fall von chronischem Gelenkrheumatismus, der nach allen Schikanen bisher vergeblich behandelt wurde, brachte diese Kur vollen Erfolg.
Dr. J. B. in Pf.

Antworten.

Ad 94. Tod nach spontaner, anscheinend normaler Geburt. Etwaige zu Eingriffen im unteren Uterinsegment hinzutretende Komplikationen, wie ein subperitoneales Hämatom oder eine zirkumskripte peritoneale Entzündung rufen bereits nicht leicht zu übersehende subjektive und objektive Symptome hervor. Hingegen müssen nicht tief ins Parametrium reichende Eingriffe keineswegs immer unmittelbar nach der Geburt zu heftigen Blutungen Veranlassung geben und können dieselben bei Ausbleiben einer Infektion unbemerkt bleiben. Das Krankheitsbild der inkompletten Zervixrupturen wird vermutlich deshalb so wenig in den Lehrbüchern der Geburtshilfe besprochen, da dieselben keinen stürmischen Charakter besitzen und meist ohne besondere Symptome zur Heilung gelangen. Wie jede Gewebsläsion in einem sukkulenten Gewebe können aber Eingriffe im Zervix in den ersten Tagen des Puerperiums zu einem allmählichen, unbemerkt über Tage sich erstreckenden Nachbluten der Rißstelle führen und allmählich unter sich steigernden Kollapssymptomen zum Exitus führen. Nur bei beständiger Beaufsichtigung namentlich in einer Klinik können derartige Zufälle rechtzeitig erkannt und bekämpft werden. Solche zum Glück äußerst seltene Vorkommnisse haben nicht nur ein klinisches, sondern auch forensisches Interesse. Dr. E. **Kapelusch,** Wien.

Ad 150. Keuchhusten. Seit 20 Jahren behandle ich Pertussis mit bestem Erfolge auf folgende Weise: 1. Möglichst viel frische Luft: Freiluftbehandlung, offene Fenster bei Tag und Nacht, eventuell im Nebenraume. 2. Euchinin oder Aristochin (teuer) während des Krampfstadiums.

und zwar pro die so viele Dezigramme, als das Kind Jahre zählt. Maximum: 0.6 pro die. Auch andere Chininpräparate bewähren sich, nur sind sie wegen ihres bitteren Geschmackes Kindern schwer beizubringen. 3. Wäsche (Nachthemd), Bettdecke, Kleidung werden besonders in der Brustregion, ebenso feuchte, während der Bettruhe rings um das Bett aufgehängte Leintücher mit folgender Emulsion tüchtig besprengt: Acid. carbol 10.0, Ol. pini silvestr. 50.0, Aqu. fontis 500.0, Mucilag. gummi arab. qu. s. ut f. emulsio. S. Zur Inhalation nach Bericht. — Ol. pin. silvestr. kann durch das teurere, aber besonders wirksame Ol. Cupressi, auch durch Ol. pini pumilion. ersetzt werden. Ältere Kinder inhalieren diese Emulsion dreifach mit Wasser verdünnt dreimal täglich mittels (Siegle's) Inhalationsapparat. — Die günstige Wirkung dieser Behandlungsmethode scheint einerseits mit der antikatarrhalischen und reizmildernden Wirkung der Chininpräparate, anderseits mit der anästhesierenden und desinfizierenden Eigenschaft der Karbolsäure zusammenzuhängen.

Med.-Rat Dr. K. **Mohilla**, Wien.

Ad 166. Traumatische Durchtrennung der Luftröhre. Warum ist Patientin nicht gleich nach Erscheinen des Arztes ins Spital gebracht worden? Mittels Auto wäre der Transport in einer halben Stunde, im schlimmsten Falle mit Wagen und Pferden in drei Stunden möglich gewesen und im Spital mit Operation, Kochsalzinfusion, eventuell Bluttransfusion usw. die Erhaltung des Lebens vielleicht möglich gewesen. In diesem Falle ist auch die Strafbemessung bei einem kriminellen Falle eine andere, zumal wenn die Handlung, wie es häufig vorkommt, im Affekt geschah. Daranschließend möchte ich erwähnen, welch ungeheuren Wert ein kleines Auto für den Landarzt hat. Ich habe schon viele perforierte Magen-Ulzera und Appendizitiden, oft bei Nacht und Nebel, ins Spital gebracht (28 km entfernt!) und auf diese Weise das Krankenlager bedeutend verkürzt, ja manchen sogar das Leben gerettet.

Dr. J. H. **Seidl**, St. Valentin.

Ad 189. Stomatitis aphthosa. Sehr gut bewährte sich mir eine schwache Lösung von Kal. hypermang. zum Gurgeln.

Dr. **Atzler**, Zülz, O. S.

Ad 192. Krebsmortalität. Ein Übersichtsreferat finden Sie in Kraus-Brugsch: „Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten." Werner: „Bösartige Geschwülste", 1916. Aus der Feder desselben Autors stammt eine gute statistische Krebsstudie: „Statistische Untersuchungen über Krebs in Baden", Tübingen, 1910. Empfehlenswert ist die Lektüre einer modernen Konzeption einschlägigen Themas in „Ergebnisse der gesamten Medizin" Bd. IV., 1923, von Lewin: „Das Krebsproblem".

Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 195. Blutdruckmessung. Nachdem Sie sich sowohl für die Theorie als auch für die Praxis dieses wichtigen klinischen Symptoms interessieren, würde ich Ihnen nachstehende kritische Arbeiten empfehlen: v. Recklinghausen: „Neue Apparate zur Messung des arteriellen Blutdruckes beim Menschen." M. m. W. 1913, S. 817. — Durig: „Verhandlungen des internationalen Internisten-Kongresses in Wien" 1923. — Fahrenkamp: „Über Hypertension", Ergebnisse der ges. Med. Bd. V, 1924.

Dr. G. **Recht**, Wien.

Ad 195. 1. „Der Blutdruck des Menschen" von Dr. A. Horner. Verlag Perles, Wien, 200 Seiten (enthält alles, was Sie wünschen). — 2. „Die Blutdrucksteigerung vom ätiologischen und therapeutischen Stand-

punkt" von Dr. K. Hasebrock, Verlag Bergmann, Wiesbaden. — 3. „Die Viskosität des menschlichen Blutes", von Dr. Determann, Verlag Bergmann, Wiesbaden. Dr. O. **Leonhard,** Mühlbach (Siebenbürgen).

Ad 196. Abrams Methode. Nach einer Broschüre von William F. Hudgings beruht die diagnostische und therapeutische Methode von Abrams auf seiner Annahme, daß die Krankheiten auf Störungen der normalen Bewegung der Elektronen in den Atomen beruhen. Jede Krankheit soll demnach ihre eigenartigen Schwingungen besitzen oder vielmehr die Kraft, die Elektronen in einer besonderen Art zu beeinflussen. Diese Störung soll sich nun auch dem Gesamtblut mitteilen, so daß die Diagnose aus einem Blutstropfen gemacht werden kann. Den hiezu nötigen Apparat, der von Abrams ersonnen wurde, hier zu beschreiben, würde zu weit führen, obwohl er nicht besonders kompliziert ist. Die Behandlung besteht nun darin, einen elektrischen Impuls in den Körper des Patienten hineinzubringen, der dieselbe Schwingungsart besitzt wie die Krankheit. Der Zweck davon ist, sympathisch die Schwingungen der Krankheit zu verstärken, so daß diese abnormen Schwingungen zuletzt „gebrochen" werden. Als Beispiel dafür wird angeführt, daß das Dach des Theaters in Washington zusammenfiel, weil die Musik der gewaltigen Orgel sympathische Schwingungen in dem Gebälk des Daches erregte. — Mir fehlt jedes Urteil über den Wert der Methode. Ich kann nur anführen, daß eine wissenschaftliche Kommission in England die Sache untersuchte und am 16. Jänner 1925 in der Royal Society of Medicine darüber Bericht erstattet hat, der in dem „Brit. Med. Journal" vom 24. Jänner enthalten ist, und dem ich folgendes entnehme: Die Untersuchung bezog sich nur auf den diagnostischen Teil. Es wurde ein wesentliches Stück der Apparatur durch eine neue Konstruktion eines der Kommissionsmitglieder ersetzt, weil scheinbar ohne diese Verbesserung nichts zu erreichen war. Die Kommission berichtet nun, daß auf diese Weise gewisse Substanzen Reaktionen ergaben, daß keine Beweise dafür vorliegen, daß mit dem ursprünglichen Abramsschen Apparat solche Reaktionen erzielt werden, daß es voreilig wäre, irgendeine Hypothese über die physikalische Grundlage der Phänomene zu versuchen. Die Kommission betont ausdrücklich, daß aus dem Gesagten nicht hervorgehe, daß die geringste Berechtigung vorliege, entweder den ursprünglichen Abramsschen oder den verbesserten (Boydschen) Apparat, sei es für diagnostische, sei es für therapeutische Zwecke, zu verwenden.
Dr. **Franze,** Bad Nauheim.

Ad 197. Eiweißmilch. M. Töpfers Trockenmilchwerke in Böhlen bei Rötha in Sachsen stellen die Eiweißmilch als Dauerpräparat her, konzentriert in Dosen zu 400 g, deren Inhalt mit 1200 g Wasser trinkfertige Nahrung gibt. Vor dem Gebrauch wird der Inhalt der Dose gut umgerührt, das für die einzelne Mahlzeit notwendige Quantum wird mit der doppelten Menge abgekochten warmen Wassers verdünnt, die gewünschte Kohlehydratmenge (Nährzucker 4 bis 6%) zugesetzt und das Ganze auf Körpertemperatur erwärmt. — Billiger dürfte sich die Eiweißmilch nach Moll stellen. Zu ½ l Vollmilch werden ¼ l Wasser und 3 g Calcium lact. gegeben und langsam über einer kleinen Flamme erwärmt. Noch vor dem Sieden gerinnt die Milch und die Molke scheidet sich ab. Man vermeidet, daß die Milch zu sieden beginnt, und zieht den Topf von der Flamme weg. Von der Molkeflüssigkeit gießt man ¼ l ab und gibt statt deren ¼ l Reisschleim (7%) hinzu und kocht unter intensivem Rühren rasch auf. Zuckerzusatz erfolgt nach Wahl. Prof. Dr. C. **Leiner,** Wien.

Ad 198. Heftiger Juckreiz und Rötung an den Händen. Evident, daß die Hautdecke den übermäßigen Gebrauch des Waschwassers nicht

mehr verträgt, weil sie namentlich in den Interdigitalräumen nicht immer gründlich trocken gemacht wurde. Eine primitive Neurodermatitisform mit kongestiven Zuständen ist das Resultat der äußerlichen hautreizenden Schädlichkeit, die unter Erythem, sehr flüchtigen, nicht entzündlichen Ödemen mit unerträglichem Jucken an der bezeichneten Hautfläche kurze Zeit nach jeder Waschung fix lokalisiert auftritt. Die überempfindlichen Hautpartien sind reizmildernd zu behandeln. Andauernder Wassergebrauch erneuert und steigert die kutane Affektion. Jedwedes Reiben an den abnorm gereizten Hautstellen potenziert das brennende Juckgefühl sogar bis zur Schmerzempfindung. Am besten erweisen sich Auftupfungen mit Lösung von essigsaurer Tonerde und nach Eintrocknen reichliche Einpuderungen mit Lenizet oder Talc. ven., späterhin Perubalsam-Borvaselin dünn aufzustreichen. Kein Verband. Zweckmäßig weiche feine Handschuhe, respektive Strümpfe auch nachts anlegen. Eine gegenwärtig in meiner Behandlung befindliche Frau äußert sich sehr befriedigt über dieses therapeutische Verfahren. Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger, Czernowitz.**

Ad 199. Das Burrische Tuscheverfahren dient zur Spirochätenuntersuchung: Ein Tropfen des zu untersuchenden „Reizserums" wird, mit etwas Wasser oder Kochsalzlösung verdünnt, auf einen Objektträger gebracht und mit einem Tröpfchen allerfeinst verriebener chinesischer Tusche oder Pelikantusche (Grübler) verrieben; der Objektträger wird dann an einem anderen abgestrichen, wie bei der Bereitung eines Blutpräparates. Trockenwerdenlassen und ohne Fixation und ohne Deckglas mittels Öl-Immersion untersuchen (die Spirochäten erscheinen als ungefärbte, stark lichtbrechende Körper in dem schwarzbraunen Gesichtsfeld), respektive an eine Untersuchungsstelle einsenden. Besser ist Dunkelfeld-Untersuchung.

Medizinisch-literarische Zentralstelle, Berlin W. 15.

Ad 199. Das mit dem Platinspatel entnommene Material wird mit einem Tropfen destillierten Wassers gemischt und ein Tropfen einer Aufschwemmung von chinesischer Tusche oder Pelikantusche (Firma Grübler in Leipzig) zugefügt. Möglichst dünner Ausstrich auf dem Objektträger, lufttrocknen lassen! Untersuchung mit Ölimmersion ohne Deckgläschen. Die Spirochäten heben sich scharf vom dunklen Untergrund ab. (Nach Prof. Schaeffer: „Die Therapie der Haut- und vener. Krankh.", 1919.) Besser ist die Giemsafärbung, am besten die Untersuchung im Dunkelfeld.

Dr. J. **Tribold,** Abbazia.

Ad 202. Fersenschmerzen. Wollen Sie trotzdem einen Versuch mit einer Plattfußeinlage machen, z. B. unter Angabe der Schuhnummer Doktor Högyes Asbestplattfußeinlage, Wien I., Dominikanerbastei 21, pro Paar Schilling 5.—. Med.-Rat Dr. K. **Mohilla,** Wien.

Ad 202. Seitliche Röntgenaufnahme, da Verdacht auf Kalkaneussporn. Dr. F. **Langguth,** Bad Oeynhausen.

Ad 202. Prof. Samberger (Prag) empfiehlt, die schmerzhaften Stellen an der Ferse mit (nicht perforiertem) Beiersdorfschen Leukoplast in mehreren Schichten zu umrahmen. Dr. J. **Rosenbaum,** Jirny.

Ad 203. Rezidivierende Gonorrhoe. Obgleich schon Prof. Scherber die Frage beantwortet hat, glaube ich eine Zusatzbemerkung zur Koli-Zystitis machen zu dürfen. Ich beobachtete einmal das Auftreten einer Koli-Zystitis bei bestehender Obstipation unmittelbar nach einem Marsche von zweieinhalbstündiger Dauer. Diese Zystitis, bzw. nach Abklingen der

Blasenbeschwerden die Bakteriurie, hielt 2¼ Jahre an, verschwand während der heißen Sommermonate (Konzentrierung des Harnes durch vermehrte Wasserabgabe durch die Haut), um bei kühlerem Wetter wieder einzutreten. Mit dem Sommer 1925 ist sie definitiv verschwunden. Ich halte immer noch das Hexal (Hexametylentetramin + Acid. sulfosalicylicum) allen übrigen Präparaten auf diesem Gebiete für überlegen, ziehe es also dem Urotropin (Hexametylentetramin), Amphotropin, Salol, Borovertin, Helmitol vor. Dr. F. **Tibold**, Abbazia.

Ad 205. Die tuberkulöse Analfistel behandelte ich mit 20% Jodoformstäbchen oft mit sehr gutem Erfolge. Diese Stäbchen müssen die Länge und Breite des Wundkanales haben, ferner eine gewisse Härte besitzen, damit man sie in die Fistel hineinschieben kann. Vor der Anwendung wird das Jodoformstäbchen in Jodtinktur oder Perubalsam getaucht und dann erst in den Wundkanal mit einer Pinzette hineingeschoben. Die Prozedur wird entweder vom Arzte oder vom Patienten zwei- bis dreimal in der Woche wiederholt solange, bis die Fistel vollständig ausgeheilt ist. Hilft diese medikamentöse Behandlung nicht, so wird die ganze Fistel exstirpiert und die Wunde vernäht. Med.-Rat Dr. J. **Rozsas**, Wien.

Ad 206. „Schneeberger Krankheit" ist der Lungenkrebs der Schneeberger Erzbergwerkleute. Ätiologie (Einatmung giftiger Grubengase oder ein organisches Agens der Grubenwässer oder das leicht lösliche Kobalt-Arsen oder Gehalt der Grubenwässer an Radiumemanation) strittig. Neuere Literatur: B e y r e u t h e r, Multiplizität von Karzinomen bei einem Fall von sogenanntem Schneeberger Lungenkrebs mit Tbc. Virchows Archiv **1924**, Bd. 250, H. 1/2. (Lit.) — A r n s t e i n, Sozialhygienische Untersuchungen über die Bergleute in den Schneeberger Kobaltgruben, insbesondere über das Vorkommen des sogenannten Schneeberger Lungenkrebses, Wien. Arbt. a. d. Geb. d. soz. Med. 1913, H. 5. — L u d e w i g und L o r e n s e r, Untersuchungen der Grubenluft in den Schneeberger Gruben auf den Gehalt an Radiumemanation, Strahlenther. 1924, Bd. 17, S. 428. — R o s t o s k i, Lungentumor bei Bergarbeitern. Verh. d. 35. Kongr. d. Dtsch. Ges. f. inn. Med. 1923, S. 234. — S a u p e, Über röntgenolog. Untersuchungen über die sogen. Bergkrankheit der Erzbergleute in Schneeberg. Fortschr. Rtgstr. 1923, Bd. 31, S. 35. — S c h m o r l, Über den Schneeberger Lungenkrebs. Ztrlbl. f. allg. Pathol. Ergänzungsheft zu Bd. 33, S. 192, 1923. — S t r a u s s, Über Krebs und Krebsbehandlung, M. Kl. **1924**, Nr. 3 (Lit.). — T h i e l e, R o s t o s k i, S a u p e und S c h m o r l, Über den Schneeberger Lungenkrebs, M. m. W. 1924, Nr. 1. — U h l i g, Über den Schneeberger Lungenkrebs, Virchows Archiv, 1921, Bd. 250.
Medizinisch-literarische Zentralstelle, Berlin W. 15.

Ad 206. Die Grubenarbeiter in Schneeberg i. Sa. wurden auffallend häufig von Lungenkrebs befallen. Durch gewerbehygienische Verbesserungen wurde das dortige Bergwerk saniert, das heißt die Arbeiter atmen weniger Staub ein und die Krankheit ließ nach, vgl. „Ars. Medici" 1923, S. 206. **Die Red.**

Ad 208. Herztöne-Auskultation. Wie vor dem Röntgenschirm zu beobachten, ist das auf der glattelastischen Zwerchfellkuppe liegende Herz gleich den Lungen ein bewegliches Organ und kann mitunter seine ursprüngliche Position unter normalen oder pathologischen Verhältnissen mehr weniger, vorübergehend oder dauernd verändern. Bei manchen Personen ist das sonst an normaler Stelle befindliche Herz bei extrem linker Seitenlage in dem Maße gleitend verschieblich, daß der Spitzenstoß in den

Axillarlinien fühlbar wird, ohne daß der linke Ventrikel oder das Herz als Ganzes vergrößert erscheint. Bei chlrorotischen Kindern, schnell abgemagerten Menschen, übermäßigem Meteorismus vermag man die Herztöne, bzw. fortgeleitete Geräusche retrothorakal deutlich zu auskultieren, ein Zustand, der durchaus nicht immer als Zeichen einer bestehenden Hypertrophie zu deuten ist. Durch Röntgendurchleuchtung (Orthodiagraphie) allerdings lassen sich die Größen- und Situsverhältnisse des Herzens mit mehr vollkommener Genauigkeit bestimmen.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Czernowitz.

Ad 211. Alizarinprobe. Friedländer hat angegeben, daß man zur Differentialdiagnose zwischen Zystitis und Pyelitis die 1%ige alizarinsulfonsaure Natronlösung benutzen könne. Ein Tropfen dieser Lösung einem Sedimenttropfen zugesetzt, läßt bei Zystitis zarte ziegelrote Plättchen ausfallen, bei Pyelitis und Nephritis nicht. Gross und Necker wollten außerdem verschiedene Leukozytenfärbungen durch Alizarin beobachtet haben, je nachdem dieselben aus den obersten Harnwegen, aus prostatischen Abszessen oder aus der Blase stammen. — M. Matthes (Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten, vierte Auflage, 1923) läßt nur den Wert der Methode hinsichtlich Trennung von Zystitis und den übrigen Erkrankungen der Harnwege gelten.

Dr. F. **Tripold,** Abbazia.

Ad 211. Die Alizarinprobe hat differentialdiagnostische Bedeutung in dem diagnostischen Wirrwarr der verschiedenen Krankheitsformen der Nieren. Hier kommt insbesondere die Unterscheidung zwischen schleimiger Substanz der unteren und oberen Harnwege in Betracht. Versetzt man einen Tropfen Harn mit dem Bruchteil eines Tropfen 1%iger alkoholischer Lösung von alizarinsulfosaurem Natron und mischt beide Flüssigkeiten innig durch, so sind im mikroskopischen Gesichtsfeld bei normalem Urin, das heißt wenn also keine Nierenaffektion vorliegt, große, meist fast das ganze Gesichtsfeld einnehmende, polygonale, hellrote, homogene und scharf abgegrenzte Platten zu sehen, welche als schleimige Substanz der unteren Harnwege aufzufassen und in jedem normalen Urin zu finden sind. — Anders bei Nierenaffektionen. Hier finden wir bei dem gleichen Verfahren flockige, wolkige, schmale meist hellgelb gefärbte, unscharf konturierte, schleimartig aussehende Faserzüge, welche bei einiger Übung von den oben genannten normalen Platten leicht zu unterscheiden sind, und erfahrungsgemäß nur bei Erkrankungen der Nieren oder des Nierenbeckens vorkommen, gleichviel, ob es sich um entzündliche Vorgänge oder nur um Stauungsprozesse in diesen Organen handelt. Ich habe dieses Unterscheidungsmerkmal chemischer Natur in hunderten von Fällen bestätigt gefunden; Ausnahmen kommen vor.

Bakteriologe H. **Lipp,** Neubiberg bei München.

Ad 212. Ödem der Uvula. Solche Fälle sowie die Therapie derselben beschreibt Quincke in einer neueren Arbeit über die nach ihm benannte Affektion: Quincke, „Über akut umschriebenes Ödem und verwandte Zustände", M. Kl. 1921, Nr. 23 bis 25.

Medizinisch-literarische Zentralstelle, Berlin W. 15.

Ad 213. Expektorans. Unter den sekretionsverflüssigenden und expektorationsbefördernden pflanzlichen Heilmitteln stehen obenan diejenigen, welche reich an Saponinen sind (Senega, Quillaja). Gleich der Senegawurzel und der Quillajarinde ist auch die Wurzel unserer einheimischen Schlüsselblume (Primula officinalis) durch einen besonders hohen Sapo-

ningehalt ausgezeichnet (nach W a s i c k y 8 bis 10%), so daß ein 1- bis 3%iges Primeldekokt ungefähr einem 5%igen Senegainfus in der Wirkung gleichkommt. Die pharmazeutische Industrie A.-G. in Wien bringt nun in ihren „Primulintabletten-Phiag" die Radix Priumlae in einer Form in den Handel, welche in einfachster Weise stets die Herstellung wirksamster Primelinfuse gestattet. Unterstützt wird die Wirkung noch dadurch, daß den Tabletten Natr. benzoicum (20%) und Ol. Anisi (1.5%) beigegeben ist. Drei Tabletten in 200 g heißen Wassers geben ein ausgezeichnetes Expektorans, das, tagsüber verbraucht, in allen Fällen von akuten und chronischen Katarrhen der Bronchien, bei der reichlichen Sekretstauung bei Tuberkulösen usw. die besten Dienste leistet, wie mich eigene Erfahrung an der Prager mil. Lungenstation gelehrt hat. Dozent Dr. A. **Skutetzky,** Prag.

Ad 213. Als vorzügliches Expektorans darf immer noch Ammonium chloratum 2: Aqu. dest. 150 mit Zusatz von 1 g Liqu. ammon. anis. und 2 g Succ. liquirit. als Geschmackskorrigens gelten. Dr. F. **Tribold,** Abbazia.

Ad 213. Ich benütze mit sehr gutem Erfolge „Pulmonar", das ist Syr. pulmonariae compositus (erzeugt von Ph. Mr. August Kolacny in Ubersky, Ostrohy, Mähren), drei Eßlöffel pro die. Ich kombiniere mit Natrium hydrocarbonicum, alle zwei Stunden eine Messerspitze oder mit Trinkkur mit Luhacovicer Vincentquelle. Dr. J. **Rosenbaum,** Jirny.

Ad 214. Über Ponndorfsche Impfung bei Varizen und Ulcus cruris siehe: „Varizen = Ulcus cruris und ihre Behandlung" von San.-Rat Dr. E. Clasen, Itzehoe, Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin—Wien.
Dr. **Falke,** Gießen.

Ad 214. Sie finden die gewünschte Auskunft in dem Buche von Ponndorf „Die Heilung der Tuberkulose durch Kutanimpfung", 2. Aufl., S. 157. Verlag C. W. Vogel in Leipzig, eine ganz ausführliche Behandlung der Frage aber in der kleinen Broschüre von E. Clasen, „Varizen = Ulcus cruris und ihre Behandlung", 3. verbesserte Auflage, Verlag Urban & Schwarzenberg 1925, die ich angelegentlich empfehle. Clasen ist ein kompetenter Beurteiler, da er seit 30 Jahren die Behandlung von Ulcus cruris als Spezialität betreibt. — Schließlich erlaube ich mir auf meinen Aufsatz „Über Erfahrungen mit Ponndorf-Impfungen" in der M. m. W. 1924, Nr. 50, hinzuweisen. Med.-Rat Dr. **Burchard,** Bückeburg.

Ad 216. Sodbrennen und linke Seitenlage. Über einen Einfluß der linken Seitenlage auf das Sodbrennen ist in der Literatur nichts bekannt. Wenn sich die Beobachtung an einem größeren Material bestätigt, so würde sie eine experimentelle Begründung verdienen.
Prof. Dr. O. **Porges,** Wien.

Ad 216. Erscheinung wohl dadurch zu erklären, daß die anatomisch präformierte Gleitrinne, sogenannte Magenstraße, an der kleinen Kurvatur sich befindet und bei linker Seitenlage wahrscheinlich ausgeschaltet wird.
Dr. F. **Langguth,** Bad Oeynhausen.

Ad 216. Die hyperästhetische Zone der Magenschleimhaut liegt in diesem Falle in der Pars pylorica, welche bei linker Seitenlage durch den sich im Fundus ansammelnden Magensaft nicht umspült und gereizt wird.
Med.-Rat Dr. K. **Mohilla,** Wien.

Ad 217. Meningitis spinalis nach Epiduralinjektion. Die Infektionskeime können auch gelegentlich der Epiduralinjektion trotz Asepsis aus der Tiefe der Haut (Talg-, Schweißdrüsen) mit der Nadel weiter befördert

worden sein und in dem Hämatom um das Rückenmark einen guten Nährboden gefunden haben. **Die Red.**

Ad 218. Ödeme des Gaumens sind bei schweren Formen von Diphtherie fast immer vorhanden. Die Schwellung erreicht bisweilen einen solchen Grad, daß man an eine Kombination von Diphtherie mit tonsillarem Abszeß denkt. Es kommt aber bei diesen Fällen nur ganz ausnahmsweise zur Abszedierung; die Schwellung geht vielmehr nach der Seruminjektion zurück; es dürfte sich wahrscheinlich um echte Diphtherietoxinwirkung handeln. Prof. Dr. C. **Leiner**, Wien.

Ad 224. Rachenkatarrh. Zunächst lassen Sie die Nase untersuchen. Behinderte Nasenatmung, Nebenhöhlenerkrankungen, am häufigsten atrophische Rhinitiden, sind meistens die Ursache derartiger Rachenkatarrhe. Eine lokale Behandlung des Pharynx mit den üblichen Adstringentien ohne vorherige Beseitigung des wahrscheinlichen Nasenleidens wäre wohl zwecklos. Primarius Dr. K. **Tschiassny**, Wien.

Ad 226. Die Methoden zur Bestimmung des Dispersitätsgrades der Eiweißkörper im Serum und Plasma sind: die fraktionierte Aussalzung der Eiweißkörper mittels Ammonsulfat und die Prüfung der sogenannten Kolloidslabilität mittels verschiedener physikalischer Eingriffe (Hitzekoagulation, Fällung durch Alkohol und Kochsalz, durch die Hofmeistersche Anionenreihe usw.) — Für den Praktiker kommt in erster Linie die Blutkörperchensenkung in Betracht, die bei Vermehrung der grobdispersen Eiweißkörper im Plasma beschleunigt ausfällt.
Dozent Dr. O. **Weltmann**, Wien.

Ad 227. Pannus trachomatosus. Wenn es sich um Trachom handeln sollte, so müßten doch der langen Dauer der Erkrankung entsprechend Narben in der Bindehaut zu sehen sein oder wenigstens eine sulzige Beschaffenheit neben papillärer Hypertrophie. (Die Wucherungen der Lid-Konjunktiva bei Conjunctivitis vernalis sind pflastersteinähnlich.) Inspektion der oberen Übergangsfalte durch Vordrängen mit Glasstab oder dem Grönholmschen Löffel wäre nötig. Vielleicht gibt die Therapie eine Aufklärung. Wenn Pannus vorhanden ist, so könnte ein Versuch mit Einstreichen von 2% weißer Präzipitatsalbe (außerdem Atropin) und mit Massage der Hornhaut gemacht werden. Dozent Dr. R. **Bergmeister**, Wien.

Ad 228. Blasen- und Nierenbeckenleiden. Eine viel genauere Untersuchung ist nötig, um hier eine richtige Diagnose und richtige Therapie zu finden. Harnanalyse? Bakteriologischer Befund? Ureteren-Katheterismus? Röntgenbefund? Erst wenn alle diese Untersuchungen normale Organe aufweisen, ist an die Möglichkeit einer neuropathischen Erkrankung zu denken: Allgemeine Neurasthenie und Phosphaturie. Ein therapeutischer Rat ohne die Kenntnis dieser genannten Untersuchungsmethoden ist unmöglich. Prof. Dr. V. **Blum**, Wien.

Ad 229. Zyklothymie. Es gibt Fälle von Zyklothymie, die ganz nach dem hier geschilderten Typus verlaufen, mit tageweisem Wechsel leichtest manischer und leichtest depressiver Verstimmung. Um etwas Derartiges könnte es sich also — soweit eine Beurteilung auf Distanz möglich ist — auch hier handeln. Leichte Fälle solcher Art bedeuten praktisch gewiß noch keine Psychose. Im Gegenteil kann sich derlei sogar mit einem gewissen geistigen Hochstande verbinden; aber die — wenn auch weitere — Verwandtschaft mit dem manisch-depressiven Formenkreise steht gleichwohl fest. Prof. Dr. E. **Stransky**, Wien.

Ad 231. Geschmacksstörung bei Diabetes. Geschmacksempfindungen süßlicher, säuerlicher oder salziger Art, die ständig und daher als quälend wahrgenommen werden, finden sich bei Erkrankungen der Zungenschleimhaut und weiter bei Erkrankungen der zu den Geschmackskörperchen hinziehenden Zungennerven und Zungengefäße. Besonders häufig treten diese Erscheinungen auf bei metaluetischen Erkrankungen des Nervensystems, besonders bei inzipienter Tabes, ferner bei dem ganzen Heer der akuten oder chronischen Glossitiden, wie sie namentlich in Begleitung von Stomatitis vorkommen (Zähne!). — Auch die Arteriosklerose der Zungengefäße kleineren Kalibers bringt Veränderungen der Zungenschleimhaut und damit der Papillen. — Die Behandlung richtet sich nach der Ätiologie. Bei Glossitiden Glyzerinpinselungen, Borwasserspülungen, Zahnbehandlung usw. Bei Veränderungen der Nerven Jod- und spezifische Kuren. Bei Arteriosklerose sieht man manchmal von Diuretin gute Erfolge. — Im vorliegenden Falle des 68jährigen Diabetikers können Neuritiden infolge der Hyperglykämie und ferner Arteriosklerose mitspielen. Antidiabetisches Regime wichtig. Dozent Dr. S. **Bondi**, Wien.

Ad 232. Kohlenstaub und Lungentbc. Die Behauptung, daß Anthrakose der Lungen günstig auf Lungentbc. einwirke, wurde bereits in der Literatur aufgestellt, wenn wir auch gegenwärtig die betreffende Publikation nicht finden können. Auch ist uns erinnerlich, daß von einem anderen Autor diese Wirkung der Kohlenstaubeinatmung geleugnet wurde. In neuester Zeit wurde eine ähnliche günstige Einwirkung von der Säureeinatmung („Ars Medici" 1925, S. 374) und von der Kalkeinatmung („Ars Medici" 1925, Nr. 9, Seite V) behauptet. Man muß diesen Beobachtungen im allgemeinen große Reserve entgegenbringen, da zu leicht Selbsttäuschungen unterlaufen. Immerhin wären Äußerungen von Kohlenbergwerksärzten mit großem Arbeiterstand und langjähriger Erfahrung von höchstem Interesse.

Die Red.

Ad 234. Trichocephalus dispar ist nach den meisten Angaben der Literatur wie auch nach meinen eigenen Erfahrungen ein völlig harmloser Darmparasit, dessen Vertreibung aus dem Darme sehr schwierig, meistens aber auch ganz zwecklos ist, da Tr. d. keinerlei Schädigungen hervorruft. Im vorliegenden Falle mit Anämie dürfte es sich — falls es eine Anaemia gravis ist — möglicherweise um Eier von Botriocephalus latus oder Ankylostoma duodenale handeln. Hier wäre wohl eine Filmaronkur oder eine der sonstigen richtigen Bandwurmkuren angezeigt.

Dozent Dr. S. **Bondi**, Wien.

Ad 236. Alveolarpyorrhoe. Bis heute sind alle Versuche, durch Injektionstherapie Erfolge bei Paradentosen zu erzielen, vergeblich gewesen. Die Therapie bewegt sich in ganz anderen Bahnen und ist meistenteils eine chirurgische. Mit welchem Analgetikum die Preglsche Jodlösung zu mischen wäre, müßte erst durch eine chemische Untersuchung festgestellt werden. Prof. Dr. B. **Klein**, Wien.

Ad 237. Zittern. Das geschilderte Zittern ist kein Intentionstremor, da es bei körperlicher Leistung wahrscheinlich nachlassen dürfte. Der Umstand, daß es bei Ermüdung zunimmt, spricht für ein Ermüdungszittern, wofür auch die Art der Entstehung maßgebend ist. Um jedoch genau zu entscheiden, ist die Angabe des Alters des Patienten unerläßlich sowie eine genaue neurologische Untersuchung. Gegen Ermüdungszittern Ruhe, ein Tonikum (Fellow-Syrup), bei Hervortreten der nervösen Komponente Brom in mittleren Dosen. Prof. Dr. O. **Marburg**, Wien.

Ad 240. Die rezidivierenden Hornhauterosionen sind ein wohlbekanntes Krankheitsbild. Ihre Entstehung ist durch die Adhäsion des Lides erklärlich, wodurch täglich morgens beim Öffnen der Augen die oberflächlichen Epithelschichten der Hornhaut abgerissen werden. In schweren Fällen entwickelt sich das Bild einer Keratitis bullosa. Bei leichten Fällen genügt das durch längere Zeit fortgesetzte Einstreichen einer 3%igen Borsalbe oder 3- bis 5%igen Noviformsalbe (bestes Vaselin!) des Abends unmittelbar vor dem Schlafengehen in den Bindehautsack und ein leichter Verband (Pflasterfixierung des Gaze-Wattebäuschchens). Außerdem Atropin nach Maßgabe des Reizzustandes. In schweren Fällen ist Galvanokauterisation erforderlich. Dozent Dr. R. **Bergmeister**, Wien.

Instrumente und Apparate.

Der Inhalator „Sieger" ist ein sehr einfacher und handlicher Apparat zur feuchten und trockenen Inhalation. Die in den Glasbehälter eingefüllten Medikamente werden durch eine leicht mit der Hand zu betätigende Luftdruckpumpe auf kaltem Wege vernebelt, strömen sichtbar wie der Rauch einer Zigarre aus dem Glasröhrchen und werden so bequem inhaliert. Dadurch entfällt die Belästigung und Gefährdung durch die heißen Dämpfe. Der Apparat hat sich im Wiener Wilhelminenspital und mehreren Sanatorien als sehr brauchbar bewährt. Modell 1 wird für Zwecke der Inhalation des Patienten zu Hause hergestellt, Modell 2 eignet sich für Ärzte und Krankenhäuser. — Erzeuger: Firma Meyer in Zella-Mehlis. Zu haben bei Sanitätsgeschäft „Austria", Wien IX., Garnisongasse 1.

Medikamente.

Oxylax ist ein aus Jalape und anderen Laxantien bestehendes Laxativum und hauptsächlich Oxyurenmittel. Untersuchungen von Prof. Drigalski (Städt. Gesundheitsamt, Halle) haben ergeben, daß die Oxyuren auch ohne Reinfektion durch den Magen sich in höheren Darmabschnitten ansiedeln. Helfen kann neben den natürlich notwendigen Schutzmaßnahmen gegen Reinfektion nur eine länger dauernde Abführkur. Für solche fanden Drigalski und Koch das Oxylax als genügend unschädlich und sicher wirksam. Es ist also zunächst bei Oxyuriasis zu verordnen: gründliches Waschen vor jedem Essen und nach jedem Stuhlgang, nachts während der Kur gut sitzende, geschlossene Hose oder Badehose, die früh prinzipiell eine Viertelstunde auszukochen ist. Daneben wird Oxylax verordnet; die Dosierung muß ausprobiert werden. Man gibt früh nüchtern 1 bis 2 bis 3 bis 4 Schokoladewürfel oder Tabletten. Die Dosis muß so bemessen sein, daß mindestens ein bis zwei flüssige Stühle tagsüber auftreten. Ist das einmal ausnahmsweise nicht der Fall, so sind abends ein bis zwei Eßlöffel Rizinusöl zu nehmen. Die Abführkur muß noch sechs Tage nach dem Erscheinen des letzten Wurmes fortgesetzt werden. Im allgemeinen dauert die Kur etwa 20 Tage. Nie wurden schädliche Nebenwirkungen beobachtet.

100% Dauerheilungen. — Erzeuger: Oxylax-Laboratorium, Halle a. S., Kleinschmieden 6. (D. m. W. Nr. 32, 1925.)

Siran, ein wohlschmeckendes Thymian-Guajakolpräparat, hat folgende Zusammensetzung: Kal. sulfo-guajacol. 5%, Acid. thymic. 0.4%, Extr. Thymi 6%, Sirup. Menthae. dil. 88.6%. — Das Medikament wird auch von Kindern gern genommen und entfaltet nach Bauer (Nauheim) bei Apizitis, Bronchitis, Asthma usw. eine auffallend wohltuende Wirkung, indem der quälende Hustenreiz nachläßt, der Schleim gelöst, der Auswurf befördert und schließlich das Allgemeinbefinden des Kranken wesentlich gebessert wird. Siran ist billig. — Erzeuger: Temmler-Werke in Detmold. (Fortschr. d. Ther. Nr. 9, 1925.)

Subtonin. Mit diesem Präparat konnte W. Loewenstein (Allg. Poliklinik, Wien, Abtlg. Prof. Strasser) bei über 100 Patienten mit essentieller Hypertonie objektive Senkung des Blutdruckes sowie Schwinden der subjektiven Beschwerden erzielen. Subtonin besteht aus gut resorbierbaren Kalksalzen mit Zusatz bestimmter Hormone und geringen Atropinmengen. „Subtonin A" enthält daneben noch etwas Digitalis, „Subtonin B" enthält kein Digitalis. Die gute Wirkung von Kalk + Atropin bei essentieller Hypertonie hat ja schon Kylin („Ars Medici" 1924, S. 483) gerühmt. Auch F. Kraus beobachtete Blutdrucksenkung nach Kalkzufuhr. Die blutdrucksenkende Wirkung des Calcium-Diuretins ist allerdings gering, wahrscheinlich weil dieses Präparat nur 11% Kalk enthält. — Von Subtonin läßt man in vierstündigen Intervallen je zwei Tabletten nehmen; eine Kur dauert drei Wochen und muß nur selten nach Ablauf einiger Wochen wiederholt werden. Der Blutdruck sinkt und bleibt meist mehrere Monate erniedrigt. Subjektiv verlieren die Patienten die lästige Schlaflosigkeit, welchen Umstand sie stets ungefragt betonten. Aber auch die anginösen Zustände, die Dyspnoeanfälle und die häufigen rheumatoiden Beschwerden besserten sich, Lebensfreude und Arbeitslust kehrten wieder. Nur bei Schrumpfniere und luetischer Grundlage der Hypertonie versagte das Subtonin. — Erzeuger: Sanabo-Chinoin-Fabrik, Wien. (M. Kl. Nr. 31, 1925.)

Notizen.

Gute Bücher.

Der XIX. Internationale Fortbildungskurs der Wiener medizinischen Fakultät über „Syphilidologie und Dermatologie mit besonderer Berücksichtigung der Therapie" findet vom 23. November bis 6. Dezember statt. Regiebeitrag S 20.— bis S 60.—.

Anschließend Gruppenkurs an der Klinik Ortner aus Interner Medizin. Dauer 12 Tage. Höchstens für zwölf Teilnehmer. Honorar S 70.— bis 100.—.

Außerdem werden regelmäßig monatlich Spezialkurse über sämtliche Fächer der Medizin abgehalten.

Für die Zeit vom 8. bis 20. Februar 1926 bereitet die Fakultät einen Internationalen Fortbildungskurs über Krankheiten der Verdauungsorgane und Stoffwechselstörungen vor.

Teilnehmerkarten, Programme, diverse Begünstigungen usw. durch das Bureau der Wiener Ärztekurse, Wien VIII., Schlösselgasse 22.

„Gesundheit und Sport." Als Heft 1 dieser Sammlung ist erschienen der von Dr. med. Mallwitz herausgegebene Bericht über die Sportärztetagungen in Berlin und Oberhof. Verlag J. F. Lehmann, München, 1925. Preis: Mark 4.—.

„Die Fruchtabtreibung als Volkskrankheit", herausgegeben im Auftrage des Deutschen Ärztevereinsbundes von San.-Rat Vollmann, Verlag G. Thieme, Leipzig, 1925, Preis: Mark 1.20. — Die Gefahren des sogenannten „artefiziellen Aborts" werden warnend hervorgehoben. Die Aufrechterhaltung des Abtreibungsverbotes ist (unbeschadet einer gewissen Milderung) eine Notwendigkeit. Zur Bekämpfung werden die bekannten Forderungen der Fürsorge für Schwangere, der Bevorzugung kinderreicher Familien durch Steuererleichterung und Gehaltszulagen, Schutz der unehelichen Mutter und Beeinflussung des Volksempfindens durch Schule und Presse empfohlen.

„Zur Kritik der Homöotherapie", herausgegeben vom Vorstande des Vereines f. inn. Med. und von der Schriftleitung der D. m. W., Verlag G. Thieme, Leipzig, 1925. Preis: Mark 2.—. — Prof. Bier hat bekanntlich in einem Aufsehen erregenden Aufsatz auf gewisse Erfolge der Homöopathie hingewiesen und zur Nachprüfung aufgefordert. Das vorliegende Heft enthält Referate hiezu von Prof. Ed. Müller, Prof. W. Heubner, Prof. Hans Horst Meyer und Prof. H. Rietschel. Sämtliche Referenten gelangen zu dem Schlusse, daß nach dem heutigen Stande der Wissenschaft sowohl Hahnemanns Homöopathie wie Schüsslers Biochemie abzulehnen seien. Interessant ist die Aussprache zu den Referaten unter Beteiligung von Prof. Bier, A. Magnus-Levy, Joachimoglu, G. Klemperer und A. Goldscheider.

Prof. H. Schulz: „Meine Stellung zur Homöopathie", Verlag O. Gmelin, München, 1925. Preis: Mark 1.60. — Derselbe: „Similia similibus curantur", Verlag O. Gmelin, München, 1925, Preis: Mark 1.60. — Die beiden Studien werden bei der jetzt allgemein regen Diskussion über dieses Thema willkommen sein.

„Homosexualität und Recht" von Dr. Placzek, Verlag G. Thieme, Leipzig, 1925. Preis: Mark 4.50. — Eine ausführliche Besprechung der vorkommenden Arten von Homosexualität, die entgegen der gewöhnlichen Annahme bei der Frau nicht seltener ist als beim Manne. Besprechung mehrerer bekannter Einzelfälle. Darlegung der Rechtsverhältnisse in strafgesetzlicher und zivilrechtlicher Beziehung.

J. C. Lehmann: „Technik der Röntgenaufnahmen", Verlag Friedrich Cohen, Bonn, 1925. Preis: gebunden Mark 5.—. — Ein zur Einführung für den Praktiker unentbehrliches praktisches Büchlein.

E. Pulay: „Ekzem und Urtikaria", Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin—Wien, 1925. Preis: geheftet Mark 7.50. — Der durch seine zahlreichen Arbeiten auf diesem Gebiete schon bekannte Verfasser stellt hier in ausführlicher Schilderung die Klinik, Pathogenese und Therapie des Ekzems und der Urtikaria zusammen. Die besonders sorgfältige Bearbeitung des Therapiekapitels wird dem Praktiker sehr nützen, denn „unter den Hauterkrankungen ist das Ekzem die häufigste".

ARS MEDICI

Das Organ des praktischen Arztes.
Erscheint am 15. eines jeden Monates.
Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.
Redaktion und Administration:
Telephon 29-1-39. Wien IX., Spitalgasse 1a. Telephon 29-1-39.
Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.
Alleinige Inseratenannahme durch die Annoncenexpedition Rudolf Mosse.
Berlin SW., Breslau, Frankfurt a. M., Hamburg, Köln a. Rh., Leipzig, Magdeburg, München, Stuttgart, Prag, Zürich, Wien I., Seilerstätte 2.

Nr. 11. XV. Jahrgang. 1925.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. November 1925.

Interne Medizin.

Aortenlues — Malariakur.

Prof. N. Jagic und G. Spengler haben im Wiener Sophienspital 19 Fälle von Mesaortitis luetica einer Malariakur unterzogen, indem Malariablut (Klinik Finger, Wien) einmal venös injiziert und die Malaria nach acht Anfällen mit Chin. sulfur. per os kupiert wurde. Gleichzeitig Beginn mit Salvarsan; während der Kur strenge Bettruhe und ausgiebig Kardiotonika. Die Inkubation kann durch einmal wiederholte venöse Injektion am nächsten Tag abgekürzt werden (Rosner). Nicht kompensierbare kardiale Insuffizienz ist eine Kontraindikation; Aortenklappenfehler sind gleichfalls besser auszuschließen. Zwei Fälle zeigten vorübergehend Zunahme der anginösen Beschwerden, sonst gab es keine ernsteren Zwischenfälle. Die meisten Fälle zeigten eine erhebliche Blutdrucksenkung, die auch nach der Kur längere Zeit anhielt. Die anginösen Beschwerden und Aortalgien gingen in 50% deutlich zurück. Über die Beeinflussung des luetischen Prozesses kann noch kein Urteil abgegeben werden. (W. kl. W. Nr. 31, 1925.)

Asthma bronchiale — Strontium.

Die Kalktherapie ist jetzt sehr in Mode. Von anderen Erdalkalien hat sich das Baryum als zu giftig erwiesen. Dagegen liegen über die analgetische und antiexsudative Wirkung des Strontiums schon mehrere Berichte vor („Ars Medici“ 1921, S. 102 und 1924, S. 298). Erst jüngst hat wieder Rosenthal auf dem Dermatologen-Kongreß in Wien auf sehr günstige Erfolge hingewiesen, die er mit Strontium bei urtikariellen Erkrankungen erzielte. Kempinski (I. med. Klinik, Charité Berlin) wandte Strontium mit sehr gutem Erfolge bei 17 Fällen von Asthma bronchiale an, und zwar jeden zweiten Tag venös 5 cm³ des Präparates „Strontiuran“ (= 10% Strontiumchloridharnstoff; Fa. Dr. R. u. Dr. O. Weil in Frankfurt). Elf Kranke wurden geheilt und sind jetzt über ein Jahr rückfallfrei, drei weitere Kranke wurden gebessert. Durchschnittlich waren sechs Injektionen nötig, zuweilen mehr, zuweilen brachte eine einzige Injektion Anfallfreiheit. Das bei den Kalziuminjektionen so lästige Hitzegefühl des Patienten wurde bei den Strontiuraninjektionen nur selten und nur vorübergehend beobachtet. (D. m. W. Nr. 38, 1925.)

Als wirksamste Übungstherapie beim Bronchialasthma

empfiehlt K. Siegfried (Versorgungskrankenhaus, Potsdam) das systematische Luftstauen nach Armin, wodurch der Anfall oft kupiert und das Leiden wesentlich gebessert werden kann. Der Brustkorb wird in möglichste Inspirationsstellung gehoben und gleichzeitig bei zunächst geschlossener Stimmritze die Bauchpresse möglichst angespannt. Dadurch wird der Luftdruck in der Lunge wie in der pneumatischen Kammer erhöht. Nun läßt man unter einem Summlaut wie bei der Hofbauerschen Summ-

therapie die Luft langsam entweichen. Das Stauen bedingt auch eine kräftige Übung der Exspirationsmuskulatur. (Die Ther. d. Gegw., H. 8, 1925.)

Blutdruck und Sauerstoff.

Simon (Städt. Krankenh., Berlin-Neukölln) erzielte mit Sauerstoffinhalationen bei krankhaft erhöhtem Blutdrucke bedeutende Druckverminderungen, allerdings nur bei sechs von zehn Kranken. Die Besserung trat auch bei Fällen mit gleichzeitiger Nierenerkrankung ein, und es konnte nicht eruiert werden, warum bei vier von den zehn Kranken die Therapie versagte. Er gab durchschnittlich 6 l Sauerstoff pro Minute, drei bis fünf bis acht Minuten täglich oder auch mehrmals täglich drei bis fünf Minuten lang. Bei zahlreichen in dieser Arbeit nicht geschilderten Kranken wurde ebenfalls durch Sauerstoff der Blutdruck herabgesetzt, aber nicht in so auffallender Weise, sondern nur um 20 bis 30 mm. Nach Loewy wird die Blutdrucksteigerung durch Sauerstoffmangel im Vasomotorenzentrum hervorgerufen, und so erklärt sich die blutdruckherabsetzende Wirkung der Sauerstoffinhalationen. Natürlich ist die Sauerstofftherapie nur als Unterstützung der übrigen Behandlung gedacht, aber ein Versuch mit dieser einfachen, billigen und vom Patienten zu Hause durchführbaren Methode dürfte in allen Fällen krankhaft erhöhten Blutdruckes zu empfehlen sein. (Klin. Wschr. Nr. 40, 1925.)

Chinin bei kruppöser Pneumonie und Bronchitiden.

Seit zirka zehn Jahren wird nach Dozent C. E. Cahn-Bronner an der Klinik v. Bergmann in Frankfurt a. M. jede Pneumokokkenpneumonie mit täglich 0.5 Chinin + 0.5 Urethan muskulär durch mehrere Tage behandelt. Bei frühzeitigem Beginn wird dadurch die Fieberdauer um die Hälfte verkürzt und die Mortalität auf ein Viertel herabgesetzt. Per os ist das Chinin auch in großen Dosen unwirksam.

Bei subakuten und chronischen eitrigen Lungen- und Bronchialerkrankungen ist das Transpulmin am wirksamsten, das Chinin, Kampfer, Menthakampfer und Eukalyptol in öliger Lösung enthält. Die Exspirationsluft nimmt hiebei einen zehn bis zwölf Stunden nach jeder Injektion anhaltenden aromatischen Geruch an. Man injiziert täglich 1 bis 2 cm³ glutäal (schmerzlos), zwei bis drei Wochen hindurch, bei chronischen Bronchitiden und Bronchiektasien auch durch drei bis vier Wochen, ohne irgendwelche Störungen befürchten zu müssen. Manchmal wird der Erfolg erst nach der fünften bis siebenten Injektion (Chininspeicherung in der Lunge) deutlich. Auch bei postoperativen, hypostatischen und chronischen Pneumonien ist das Transpulmin erfolgreich, während hier im Gegensatz zur kruppösen Pneumonie das Chinin-Urethan oft versagt.

Schließlich sind auch akute infektiöse Bronchitiden und Bronchopneumonien, namentlich bei Grippe ein dankbares Indikationsgebiet für das Transpulmin. (Die Ther. d. Gegw., H. 7—8, 1925.)

Diabetes — Eigenblutinjektion.

Prof. F. Külbs (Köln) hat 27 Diabeteskranke mit Eigenblutinjektionen behandelt und bei mehr als der Hälfte günstige Resultate erzielt. Oft genügte eine einzige intraglutäale Injektion von 20 bis 30 cm³ Eigenblut, einige Male wurde nach drei Wochen bis vier Monaten eine zweite Injektion vorgenommen und in anderen Fällen sogar mehrere Einspritzungen in Zwischenräumen von drei bis sechs Wochen gemacht. Nur acht Fälle blieben aus noch unbekannten Ursachen unbeeinflußt. Die übrigen Fälle zeigten bald ein Sinken des Urin- und Blutzuckers und eine gesteigerte

Kohlehydrattoleranz. Die Eigenbluttherapie kommt in Betracht, wenn Insulin wegen der hohen Kosten oder aus anderen äußeren Gründen nicht angewendet werden kann oder wegen ungünstigen Einflusses auf das Nervensystem und den Schlaf abgelehnt wird; auch eine Kombination von Insulin- und Eigenbluttherapie kann sich empfehlen. Prof. G. Singer hat bekanntlich vor einem Jahr schon Proteintherapie des Diabetes empfohlen („Ars Medici" 1924, S. 198 und 488); er verwandte Kaseosan und Novoprotin. Nachprüfungen von Falta, Schilling und anderen konnten seine Erfolge nicht bestätigen. Bertram hat aber neuerdings wieder eine Kombination von Insulin und Eiweißkörpern empfohlen. Verfasser selbst konnte mit Kaseosan, Novoprotin und Aolan nicht die Erfolge erzielen, die er mit der Eigenblutbehandlung hatte. Schädliche Nebenwirkungen der Eigenbluttherapie kamen nicht vor. (Klin. Wschr. Nr. 36, 1925.)

Die essentielle Thrombopenie (oder Werlhofsche Blutfleckenkrankheit).

Die Klinik und Pathogenese dieses Leidens bespricht Prof. Leschke (II. Med. Klinik, Charité, Berlin). Die beiden Kardinalsymptome sind: Blutungen und Blutplättchenarmut. Die Blutungen erfolgen nicht nur in Form der eigentlichen „Purpura", das heißt dicht gesäter Petechien, sondern ebenso häufig in Form von flächenhaften Ekchymosen in und unter der Haut. Ihre Überreste sind oft noch nach Wochen als braune, gelbe und grüne Flecke zu sehen. Die Schleimhautblutungen aus Nase, Mund (besonders Zahnfleisch), Darm, Harnwegen und Scheide können so stark auftreten, daß sie lebensbedrohlich werden. Differentialdiagnostisch unterscheidet sich das Leiden von der echten Hämophilie durch die normale Gerinnungszeit. Dagegen ist die Blutungsdauer ebenso wie bei der Hämophilie stark verlängert. Im Gegensatz zu der durch Fibrinopenie hervorgerufenen hämorrhagischen Diathese ist hier der Fibrinogengehalt normal. Die Verminderung der Blutplättchen bei der Werlhofschen Krankheit ist sehr augenfällig. Zuweilen muß man sehr lange suchen, ehe man überhaupt ein Plättchen findet; zuweilen sieht man abnorm gestaltete und Riesenplättchen. Ein wichtiges Kennzeichen der Krankheit ist auch die fehlende Retraktion des Blutkuchens. Eine stärkere Milzvergrößerung fehlt meist. Nur sehr selten finden sich (im Gegensatz zur rheumatischen, septischen und anaphylaktischen Purpura) Gelenkblutungen und -entzündungen. Ebenso findet sich kaum Zahnfleischentzündung (im Gegensatz zu Skorbut), nur Zahnfleischblutungen kommen vor; Gehirn-, Netzhaut- und Lungenblutungen wurden beobachtet. Bei Frauen kann die Menorrhagie oder Metrorrhagie die einzige Blutungsform sein. Ein wichtiges Zeichen ist die Verletzlichkeit der kleinen Gefäße, insbesondere der Kapillaren. Nach Anlegen einer Stauungsbinde (Rumpel-Leedescher Versuch) treten punktförmige oder flächenhafte Blutungen in der gestauten Hautpartie auf, ebenso nach Beklopfen oder Kneifen der Haut und nach Injektionen in die Haut. Die Blutungsdauer ist vorwiegend bei kapillaren Blutungen verlängert, weniger bei Eröffnung von Gefäßen, z. B. venöser Blutentnahme. — Ätiologisch scheint dem Leiden eine konstitutionelle Insuffizienz der Thrombozytengenese zugrunde zu liegen. Von der essentiellen Thrombopenie (Werlhofsche Blutfleckenkrankheit) zu unterscheiden sind: 1. die symptomatische Purpura (bei Blutkrankheiten, wie Leukämie, perniziöser Anämie; bei Infekten, wie Sepsis, Endocarditis lenta, Typhus; bei Vergiftungen mit Benzol, Benzin, Salvarsan; infolge von Avitaminose); 2. die Purpura rheumatica; 3. die Purpura abdominalis (Henoch); 4. die nichtthrombopenische Purpura (Skorbut,

Barlowsche Krankheit, nach Infekten und Vergiftungen); 5. die Hämophilie und 6. die Fibrinopenie.

Die Therapie behandelt W. Schulz (Krankenhaus Charlottenburg-Westend). Es gelingt nicht, durch Medikamente die Gerinnungsfähigkeit des kreisenden Blutes wesentlich zu steigern. Dies gilt besonders vom Kalk und von den bekannten Präparaten Koagulen, Clauden, Hämoplastein (Parke, Davis & Co.). Die letzteren können höchstens lokal auf die offene Blutungsquelle appliziert Nutzen stiften, dagegen ist die gefäßdichtende Wirkung der beliebten venösen Afenilinjektionen und des venös applizierten Chlorkalziums (5 cm³ der 10%igen Lösung), wenigstens bei der Werlhofschen Krankheit, recht problematisch. Die empfohlene Röntgentiefenbestrahlung der Milz hat sich nicht bewährt. Hingegen verkürzt subkutane Injektion von Adrenalin (drei bis vier Teilstriche der 1‰igen Lösung) die Blutungsdauer, ebenso Pituglandol. — Zur lokalen Blutstillung sind Tamponade und Druckverband anzuwenden, im Bereiche der Kiefer eine von Zahnärzten schon gebrauchte Hilfsprothese, z. B. die Seidelsche Korkdruckvorrichtung („Ars Medici“ 1925, S. 405). Schloessmann hat bei Hämophilie durch eine knetende Massage der blutenden Wunde die Blutung gestillt; in leichteren Fällen käme als einfachstes Mittel ein Kollodiumüberzug in Frage. Zu vermeiden sind warme Bäder, die Blutungen hervorrufen können, ebenso unzeitgemäßes Aufstehen aus der Bettruhe (orthostatische Stauungsblutungen). Lokale Hitzeapplikation, welche beim Normalen blutstillend wirkt, versagt beim Morbus Werlhofi vollständig. — Die Diathese als solche hat man mit Arsenkuren (innerlich) zu bessern gesucht und damit tatsächlich gewisse Erfolge erzielt. Relativ gute und anhaltende Wirkungen sieht man von Bluttransfusionen. Die Gegenwart von Blutplättchen im infundierten Blute ist nicht das ausschlaggebende Moment, sondern offenbar eine Umstimmung des Organismus. Am wirksamsten ist die intravenöse Injektion großer Mengen, 100 bis 300 cm³ und mehr, wobei allerdings die biologische Abstimmung von Spender- und Empfängerblut unerläßlich ist. Die Amerikaner verwenden viel Zitratbluttransfusion: 10 Teile Blut, 1 Teil 3.8%iger Natriumzitratlösung. Aber auch kleinere, subkutan oder intramuskulär applizierte Dosen (10 bis 50 cm³) von Vollblut oder defibriniertem Blute, die nicht abgestimmt zu werden brauchen, sind nützlich; allerdings entstehen zuweilen am Orte der Injektion Hämatome. — Eine wichtige Rolle in der Therapie des Morbus Werlhofi spielt die Milzexstirpation. Von 25 Fällen wurden 19 erfolgreich operiert, drei ohne Erfolg, drei starben. Die Operation wird meist gut überstanden, die Gefahren bestehen in Peritonitis, subphrenischem Abszeß, Pneumonie und Embolie. Die Milzexstirpation scheint wirklich die Diathese zu mildern. — Das Präparat Elektroferrol (zweitägig 0.5 bis 2.0 venös) wird von Leschke und Wittkower empfohlen. Doch bedürfen die Erfolge noch der Nachprüfung. — Klimatotherapeutisch soll der Aufenthalt in warmen Ländern Besserung bringen. Heubner empfiehlt für Kinder mit Purpura haemorrhagica Levico und Vetriolo unter Benützung der dortigen Arsenquellen.

Die Prognose galt früher als wenig günstig. Viele Kranke sind schon in jugendlichem Alter an profusen Blutungen gestorben. Heute können wir hauptsächlich mit Bluttransfusionen und Milzexstirpation mehr Erfolge erzielen. Im Einzelfalle ist die Prognose (ähnlich wie bei Lungentbc.) nach der Anamnese zu stellen. Chronische Fälle können sich über Jahrzehnte erstrecken, während schwere akute Schübe leicht zum Tode führen. Unberechenbare Verlaufsschwankungen, Unfalltraumen oder notwendig werdende Operationen, Fehlgeburten und Geburten können die gestellte Prognose desavouieren. Selbst Zahnextraktionen haben zum Tode

geführt. Nach Radikaloperation des Mittelohres sah Leschke eine gefährliche Nachblutung auftreten, die nach intramuskulärer Blutinjektion stand. Anderseits sind oft Operationen mit glatten Hautschnitten von Werlhof-Kranken gut überstanden worden, wie Milzexstirpation, Appendixoperation, Enukleation eines Auges. (D. m. W. Nr. 33, 1925.)

Bekämpfung des Alterns durch Hodenextrakt.

Prof. O. Zoth (Graz) führt seine eingehend geschilderte erstaunliche körperliche und geistige Leistungsfähigkeit im 61. Lebensjahr, sowie seine ebensolche Widerstandskraft gegen Infektionskrankheiten und Noxen aller Art vor allem auf regelmäßige Injektionskuren mit dem Extrakt von Hoden junger, geschlechtsreifer Stiere zurück, von welchem er jährlich, meist im Sommer in zwei bis vier Wochen 20 bis 30 cm³ verbraucht (alle ein bis zwei Tage 1 bis 2 cm³ subkutan). In den letzten Jahren verwendet er das Testosan (Sanabo). Daneben allerdings werden als günstige Faktoren regelmäßige körperliche Übungen (Spaziergänge, Bergtouren, Radfahren, Schwimmen usw.), Sonnen- und Quarzlampenbestrahlungen, langer Schlaf und Tabakabstinenz gebucht. (W. kl. W. Nr. 39, 1925.)

Zur Inhalationstherapie der Lungentbc.

Die auffallende Seltenheit, bzw. Gutartigkeit der Lungentbc. bei Arbeitern in Kohlenbergwerken, Gips- und Zementfabriken sowie im Porzellangewerbe (es erkranken beispielsweise 80mal so häufig Glasarbeiter an Lungentbc. als Kohlenarbeiter) veranlaßte Prof. A. Kühn (Rostock i. M.) zur Inhalationsbehandlung der Lungentbc. mit einem Lungenpulver (Bismarck-Apotheke, Rostock), bestehend aus 70% Kalk, 10% Kieselsäure, 15% Kohle und 5% Eisenoxyd und Tonerde, das mittels eines „Trockeninhalators" (Firma Wachenfeld & Schwarzschild, Kassel) in Form einer feinsten Wolke eingeatmet wird. Der Gewerbehygiene ist es schon lange bekannt, daß unter dem Einflusse des Kalk- und Kohlenstaubs (Pneumonokoniose) die Lunge gegen Tbc. geradezu immunisiert wird und bereits vorhandene Tuberkelknötchen fibrös degenerieren. Die therapeutische Inhalation erfolgt täglich morgens nach dem Aushusten eventuell jahrelang mit ein- bis zweiwöchigen Pausen. Zweijährige Erfahrung hat bisher ergeben, daß die Inhalationen niemals schaden und durchaus geeignet sind, eine noch nicht zu vorgeschrittene exsudative Tbc. in eine harmlose produktive zu verwandeln und schließlich völlig zu heilen. (M. m. W. Nr. 38, 1925.)

Die Häufigkeit der Lungentbc. bei den Steinhauern und Stahlschleifern führt Kühn auf die Verletzung der Schleimhaut und Alveolen durch den scharfen Stein- und Metallstaub zurück, da hiebei zahlreiche Blut- und Lymphbahnen eröffnet werden und den Tbc.-Bazillen damit günstige Verbreitungsmöglichkeiten geschaffen werden. Hingegen führt die Inhalation des mechanisch reizlosen Kalk- und Kohlenstaubes zu einer Verlegung der Lymphwege und reaktiven Bindegewebsproliferation, so daß die Verschleppungsgefahr der Bazillen aus den (gefäßlosen!) Tuberkelknötchen schließlich beseitigt wird und die Bazillen selbst zu Grunde gehen. (Beitr. z. Klinik der Tbc., Bd. 57, H. 4 und Bd. 60, H. 4.)

Was ist eine Kolik?

Nach Prof. J. Pal (Wien) ein hyperkinetischer Krampf eines Hohlorgans, das sich seines Inhalts gegen ein organisches oder funktionelles Hindernis zu entledigen sucht. Der Kolikschmerz entsteht häufig nicht in der Wand dieses Hohlorgans, sondern an entfernteren Stellen; er kann aber auch völlig fehlen. Das häufigste funktionelle Hindernis ist ein tonischer

Krampf. Derselbe kann beseitigt werden: 1. Durch Spasmolytika, die direkt auf die Muskelzelle wirken (Papaverin, Benzylverbindungen wie Narkotin, Emetin, Benzylbenzoat, Akineton; kleine Kampferdosen, ätherische Öle, wie Perubalsam, Mentholöl, Muskatnuß usw.). Subkutan verordne man Papaverin. sulfur. (nicht mur.) in 10%iger Lösung. 2. Durch Atropin (am besten das weniger giftige Novatropin), das die Enden des Parasympathikus lähmt. Zweckmäßig sind Kombinationen von 1. und 2., z. B. das Troparin (= Novatropin + Papaverin). 3. Durch Adrenalin, das auf den Sympathikus erregend und im Splanchnikusgebiete bewegungshemmend und erweiternd wirkt. 4. Durch die zentral wirkenden Narkotika (Morphium, Opiate), die aber nur dann gegeben werden sollten, wenn die anderen Mittel versagen. Tonische Krämpfe werden durch Morphium meist gesteigert. Jedenfalls sollte es mit Novatropin kombiniert werden. Noch besser wirkt oft 1.0 bis 1.5 g Acid. acetylo-salicyl. in einer Lösung von Natr. bicarbon. (auch rektal). Bei gutem Blutdruck ist auch Chloralhydrat rektal oder subkutan (1:1 Aq.) verwendbar.

Bei Gallen- und Nierenkoliken wirkt die paravertebrale Injektion (½% Novokain- oder ¼% Tutocainlösung) nicht nur durch Blockierung der Schmerzleitung, sondern auch krampflösend, also therapeutisch. (W. m. W. Nr. 28, 1925.)

Moderne Diuretika.

Aus einem Fortbildungsvortrag von Dozent A. Luger (Wien).

Das neue Hg-Diuretikum Salyrgan (Höchster Farbwerke — siehe „Ars Medici" 1925, S. 310) hat sich an der Klinik Ortner in Wien dem Novasurol als ebenbürtig erwiesen, ohne bisher irgendwelche Schädigungen hervorzurufen. Das Präparat ist daher als das Hg-Diuretikum der Wahl zu bezeichnen.

Eines unserer wirksamsten Diuretika nicht nur beim kardialen Hydrops, sondern vor allem auch bei Nephrosen und anderen Nierenschädigungen ist der Harnstoff, für welchen gleichfalls vorwiegend eine Gewebswirkung angenommen werden muß. Auch beim portalen Aszites, bei der Pleuritis exsudativa, bei Tbc. peritonei und Polyserositis werden gelegentlich Erfolge erzielt. Wirksam sind aber nur Dosen von 60 bis 100 g pro die (in schwarzem Kaffee oder Marmelade verabfolgt), die auch durch längere Zeit, eventuell intermittierend, schadlos gegeben werden können. Dauererfolge werden allerdings nicht beobachtet.

Ein unbestritten extrarenales Diuretikum ist das Thyreoidin. Der Effekt tritt oft sehr spät ein und bleibt nicht selten völlig aus.

Die Wirksamkeit der Purinkörper (Theobromin, Diuretin, Theocin usw.) scheint bei geringer Na Cl-Konzentration des Magensaftes am stärksten zu sein; Achyliker zeigen die beste Wirkung. Die zahlreichen Präparate sind ziemlich gleichwertig, immerhin wird das Theacylon als äußerst wirksam und relativ verläßlich hervorgehoben; zu venöser Applikation das Euphyllin und Theobryl, zu Mikroklysmen oder Suppositorien das Agurin. (W. m. W. Nr. 34—35, 1925.)

Chronische Muskel- und Gelenkrheumatismen, Ischias, Lumbago usw. — Ponndorfsche Hautimpfung.

G. Paul (Dir. d. Staatsimpfanstalt, Wien) berichtet über überraschende Heilerfolge in fast 600 Fällen von Arthritis chron. rheum. und deformans, Omarthritis, Rheum. musc., Ischias, Lumbago, chron. Neuralgien und Gicht. Die abgeschlossenen Kuren (342 Fälle) zeigen 64.6% Heilung und 30.6% erhebliche Besserung; nur 4% blieben unbeeinflußt, 0.8% zeigten

Verschlechterung. Verwendet wurden die im Sächsischen Serumwerk Dresden hergestellten Ponndorfschen Impfstoffe, und zwar mit gleichem Erfolg der Tbc.-Hautimpfstoff A (enthaltend ATK konzentriert mit Zusatz von autolysierten Tbc.-Bazillen von Menschen und Kindern) und der Haut-Mischimpfstoff B, der außerdem Autolysate von Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken u. a. enthält. Die Dosierung ist streng individuell und hat starke lokale Impf- und Herdreaktionen bei möglichst schwachen Allgemeinreaktionen anzustreben. Die Skarifikationen sind zart, ohne jede Blutung auf reduziertem Impffeld auszuführen. Negative Lokalreaktion (= örtliche Impfreaktion) ist prognostisch ungünstig. Überschreitung der Reizschwelle (Toleranzgröße) verschlechtert den Heilerfolg. Anschließende (nicht gleichzeitige) Bäder- und Physikotherapie ist zweckmäßig.

„Die kutane Einverleibung von Reizkörpern zu kurativen Zwecken ist eine der größten Errungenschaften der praktischen Heilkunde des letzten Jahrzehnts." (W. kl. W. Nr. 36, 1925.)

Über die diagnostische und therapeutische Verwertung der paravertebralen Novokaineinspritzung

nach Läwen berichtet Prof. M. Kappis (Hannover) auf Grund von 200 Injektionen. Magenschmerzen (Ulcus ventriculi, duodeni usw.) werden durch Injektion im Bereiche von D 6 und D 7 rechts beseitigt; nur bei hoch gelegenen Geschwüren, z. B. an der kleinen Kurvatur, muß auch links injiziert werden. Bei negativem Ergebnis können Magenschmerzen bei sonst negativem Befund ausgeschlossen werden. Für Gallenblasenschmerzen sind die Segmente D 9—11 rechts die Schmerzleiter, für reine Pankreasschmerzen D 8 links, bei Nierenleiden D 12 und L 1—2 der kranken Seite, bei Beteiligung des Harnleiters auch L 3—4. Appendizitische und gynäkologische Schmerzen erfordern meist ausgedehnte und beidseitige Injektionen bei unsicherem Ergebnis. Die paravertebrale Injektion ermöglicht somit im Zusammenhang mit dem übrigen klinischen Befund sehr klare diagnostische Schlüsse. Aber auch dauernde Heilerfolge wurden wiederholt beobachtet, namentlich kann durch Beseitigung von Harnleiterspasmen der Spontanabgang von Nierensteinen begünstigt werden. Die Injektionen erfolgen am besten 5 bis 6 cm seitlich von der Mittellinie, etwa zwischen den Rippenköpfchen und Rippenwinkeln. In 2 bis 3 bis 4 cm Tiefe kommt man mit der Nadelspitze auf die Rippe und tastet sich an ihren unteren Rand, wo man — höchstens noch wenige Millimeter tiefergehend — 8 bis 10 cm^3 ½%iger Novokain-Suprareninlösung injiziert. Die Rippenhöhe bestimmt man nach den Dornfortsätzen — jeder Dornfortsatz entspricht immer der nächst tieferen Rippe, der siebente z. B. der achten Rippe — oder durch Abzählen der Rippen von der zwölften herauf beginnend. (Die Ther. d. Gegenw., H. 7, 1925.)

Serumkrankheit — hypertonische Na Cl-Lösung.

In einem Fall von lebensbedrohlicher Serumkrankheit konnte Professor Pal (Wien) durch subkutane Injektion von 300 cm^3 2%iger Na Cl-Lösung mit Zusatz von zwei Tropfen Tonogen-Richter sofortige Wendung zum Besseren und Genesung erzielen. (W. m. W. Nr. 32, 1925.)

Über simultane Therapie

(Kombinationstherapie) bringt Prof. A. Strasser (Wien) eine anregende Studie.

Beim Typhus abdominalis wird der lebensbedrohliche Dekubitus am besten durch kleine Dosen Pyramidon und gleichzeitige Hydrotherapie

verhütet, da durch diese Kombination Sensorium, periphere Zirkulation und Nahrungsaufnahme am wirksamsten gebessert werden.

Gegen die bei Herzkranken nicht seltene Hyperglobulie und Stauung in den parenchymatösen Organen (Plethora) bewährt es sich am besten, gleichzeitig mit den Herzmitteln abführende Mineralwasserkuren (Marienbad, Kissingen o. dgl.), Hydrotherapie, eventuell Bauchmassage und laktovegetabile Diät anzuwenden.

Die intensivere Wirkung des Salizyls, Jods, Atophans, der antiluetischen Kuren usw. nach parenteraler Proteintherapie, Thermalbädern, Bestrahlungen usw. ist wohl vorwiegend durch Sensibilisierung (Affinitätserhöhung der Zellen für das betreffende Medikament durch die unspezifische Reiztherapie) bedingt. Daher die Erfolge der Salizyl-Milchtherapie des Gelenkrheumatismus, die Jod-Proteinkörpertherapie der Enzephalitis, die viel ausgiebigere Wirkung des Atophans, des Jods zur Zeit einer thermalen Behandlung und der letzteren nach Vorbereitung mit parenteraler Milch- oder Schwefeltherapie.

Der akute Hydrozephalus bei der akuten Enzephalitis wird nach Schacherl am wirksamsten durch 50% Traubenzucker venös bei gleichzeitiger intensiver Schwitzkur bekämpft. Vermutlich wird die osmotische Wirkung durch die optimale Eröffnung der Kapillarbahnen erhöht.

Bekannt sind die simultanen Abmagerungskuren (Diät, Bewegung, Mineralwässer, Schwitzprozeduren, fallweise Thyreoidin, Protein parenteral).

Folgende Simultantherapie des Bronchialasthma ergab in 70 bis 80 Fällen fast keinen Versager: 1. Jeden zweiten Tag Glühlichtbad bis zu tüchtigem Schweiß (12 bis 18 Minuten), hierauf allmähliche Abkühlung unter Regendusche. 2. Jodkali intern, abends 0.5 bis 1.0 in roher Milch. 3. 10% Calc. chlorat. crist (Afenil) venös, jeden zweiten Tag, Beginn mit 5 cm^3, jedesmal um 1 cm^3 bis zu 10 cm^3 steigen, insgesamt zirka 15 Injektionen. Der Kalk wirkt antispasmodisch und exsudationshemmend (gleichzeitig gegen eventuellen Jodismus), das Jodkali sekretverflüssigend (wirksamer als Jod allein, Kalium-Kationwirkung!), die Schwitzkur ist ein wirksames Antispasmodikum. Bei nicht selten gleichzeitig bestehenden Bronchiektasien (alter Tbc.), echtem Emphysem und Herzinsuffizienz, wird man außerdem Herzmittel, Expektorantien, CO_2-Bäder, Lungengymnastik usw. anwenden und im Glühlichtbad über dem Herzen einen Kühlschlauch anlegen.

Simultantherapie der Colica (bzw. Colitis) mucosa: 1. Möglichst bald grobe Kost (geweichte Dörrpflaumen, Schrotbrot, viel Butter, Gemüse, Quellmittel für den Stuhl, wie Agar o. dgl.). 2. Dreimal täglich 0.25 bis 0.5 mg Atropin + 0.01 bis 0.02 g Papaverin. 3. Thermophor am Bauch und vor allem warme Sitzbäder, Beginn mit 35° C, allmählich auf 42° C ansteigen, 20 bis 25 Minuten, keine Abkühlung, eine halbe Stunde Bettruhe.

Auch bei spastischer Obstipation hat sich obiges Schema gut bewährt. (M. Kl. Nr. 36, 1925.)

Triphal venös bei Lungentbc.

Resultate bei 50 Fällen, zum Teil auch Kehlkopftbc., im Städtischen Krankenhauses Hasenheide (Berlin-Neukölln) nach Zwerg. 31 abgeschlossene Kuren, einjährige Erfahrung. In 23% ungewöhnlich günstige Erfolge, hämatologisch durch die Blutkörperchensenkungsreaktion und die qualitative Auswertung des weißen Blutbildes nach Schilling kontrolliert. Behandelt wurden möglichst fieberfreie oder subfebrile Kranke mit zumeist doppelseitiger, vorgeschrittener, jedoch überwiegend produktiver

Lungentbc. mit positivem Bazillenbefund. Überwiegend exsudative, hochfiebernde Prozesse, Darm- und Nierenerkrankungen sind Kontraindikationen. Optimale Dosierung: Beginn mit 1 mg (das in Ampullen gelieferte Pulver wird in je 1 cm³ Aq. dest. ster. pro 1 mg gelöst und langsam streng venös injiziert), nach 14 Tagen wiederholt, dann allmählich steigend auf 5 mg, 1 cg, 0.015, 0.02, 0.025, 0.03, 0.035, 0.04, 0.045 und 0.05 als Enddosis. Alle 14 Tage eine Injektion. Durchschnittlich acht bis zehn Injektionen mit 0.15 bis 0.2 g Triphal Gesamtmenge pro Kur. Sorgfältige Temperaturkontrolle nach den Injektionen, stärkere Allgemein- oder Herdreaktionen sind zu vermeiden, vor Abklingen jeder Reaktion keinesfalls Reinjektion. 15 Pat. zeigten keine Reaktionen, am häufigsten war eine Abendtemperatur von 37.8 bis 38.2 rektal am Tage der Injektion, seltener erst am nächsten Tage. Nur einmal unter 500 bis 600 Injektionen wurde eine leichte Haemoptoe nach 5 mg beobachtet, sonst keinerlei Schädigungen. (Die Ther. d. Gegw., H. 8, 1925.)

Die Behandlung typhöser Erkrankungen.

Von Prof. F. Kovačs (Wien).

Typhus und Paratyphus zeigen symptomatisch und therapeutisch weitgehende Übereinstimmung. Die Vakzine-, Sero- und Proteinkörpertherapie hat zweifellos symptomatische Erfolge aufzuweisen (raschere Entfieberung usw.); sie konnte sich jedoch nicht einbürgern, da wiederholt namentlich nach venöser Zufuhr größerer Dosen Kollaps und selbst Exitus beobachtet wurden. Da auch sonstige bakterizide Versuche (Urotropin venös usw.) nicht überzeugen konnten, bleibt auch heute die symptomatische Therapie das Wichtigste. Die großen Anforderungen an die Pflege sind meistens nur in einer Krankenanstalt durchführbar. Gut bewährt hat sich eine von vornherein möglichst ausgiebige Ernährung (35 bis 40 Kalorien pro Körperkilogramm). Sechs bis sieben Mahlzeiten aus Milch, Milchsuppen und -breien, Kartoffelbreien, Sahne, reichlich gezuckertem Tee, Kaffee, Kakao, Frucht- und Fleischgelee; Fleischsuppen mit Sago oder Eigelb; rohen oder leicht angekochten Eiern, Suppenzusätzen von feinst gesiebtem Kalb-, Hühnerfleisch, Kalbshirn usw. Kleine Alkoholgaben regen den Appetit an und fördern die Herztätigkeit. — An Stelle von Bädern sind namentlich bei Benommenen täglich ein bis zwei kühle Einpackungen oder Teilwaschungen zweckmäßig. — Antipyretika nur bei sehr hohen Temperaturen und zerebralen Symptomen (Pyramidon, Phenazetin oder Laktophenin 0.25 pro dosi). Gegen die Schädigung des Gefäßtonus (Hypotonie!) und des Herzmuskels rechtzeitig täglich, eventuell eine Woche lang 2 cm³ Digipurat muskulär, 1 bis 2 mg Strychnin nitr. ein- bis zweimal täglich subkutan, Koffein, Kampfer. An Stelle des Kampferöls empfiehlt sich die kampferisomere Verbindung Hexeton, ein- bis dreimal täglich 0.01 muskulär. Bei Kollaps Hexeton, Digitalis und Strophantin venös. 0.5 cm³ Adrenalin venös in 0.5 l phys. NaCl-Lösung (Vorsicht!); subkutan viel weniger wirksam. Die Bronchitis bedarf meist keiner besonderen Behandlung. — Bei Obstipation Einläufe, bei stärkerem Durchfall Opium, Pantopon. Gegen Bauchschmerzen und Meteorismus feuchtwarme Umschläge. Bei Perforationsperitonitis (plötzlich heftiger Bauchschmerz, diffuse Druckempfindlichkeit, Erbrechen, Singultus, allgemeiner Verfall) bietet die sofortige Operation immerhin einige Aussichten. — Plötzlicher Temperatursturz kann eine Darmblutung ankündigen (Kollaps, Blässe, sehr frequenter, kleiner Puls!): Absolute Ruhe, Kälteapplikation am Bauch, Opium, durch mehrere Tage nur eisgekühlte Flüssigkeit, Pferde- und Diphtherieserum (20 bis 30 cm³ subkutan), Koagulen venös (20 cm³ einer 10%igen

Lösung), 10% Na Cl oder Ca Cl_2, 10 bis 20 cm^3 venös. — In der Rekonvaleszenz Achtung auf das Herz; Harn- und Stuhluntersuchung auf eventuelle Dauerausscheidung von Typhus-, bzw. Paratyphusbazillen, um eventuell entsprechende hygienische Maßnahmen zu treffen. Therapeutische Beeinflussung schwierig (Darm- und Harndesinfizientien usw.). (W. kl. W. Nr. 31, 1925.)

Das Vibrieren erkrankter Herzen.

Von Prof. R. Kaufmann (Herzstation, Wien).

Bei einer großen Anzahl Herzkranker kann man, wenn man die Hand oder die Ulnarseite der Hand in einer bestimmten Art auf die Herzgegend des Untersuchten auflegt, eine zitternde, vibrierende oder sogar leicht rotierende Bewegung wahrnehmen, die fast immer das Vorhandensein eines ernsten und prognostisch ungünstigen Stadiums eines Herzleidens verrät. Verfasser hat in den letzten Jahren von allen Patienten, die das Herzvibrieren aufwiesen, fast keinem mit dem Leben davonkommen gesehen. Eine Ausnahme bilden nur das Basedow-Herz und die akute Endokarditis. Beim Basedow-Herzen hat das Herzzittern keine so ernste prognostische Bedeutung, und bei der akuten Endokarditis kann das Symptom nach einiger Zeit wieder für immer verschwinden. Bleibt es bei der Endokarditis längere Zeit bestehen, so ist auch hier die Prognose infaust zu stellen.

Das Herzzittern ist also stets ein Zeichen einer schweren organischen Herzerkrankung und Herzschwäche und erfordert eine energische Herztherapie. Unter dieser kann es vorübergehend schwinden, kehrt aber meist wieder und bedingt mit den oben erwähnten Ausnahmen meist letalen Ausgang der Erkrankung. Man findet das Symptom meist in Fällen, die auch den sogenannten Galopprhythmus aufweisen, aber auch ohne Galopprhythmus; jedenfalls ist der Galopprhythmus nicht die Ursache der Erscheinung, wie elektrokardiographische Aufnahmen zugleich mit mechanischen Aufschreibungen des Herzzitterns bewiesen haben.

Die Untersuchungstechnik ist im Anfange nicht ganz einfach; nach einigen Einübungsversuchen wird man sie aber bald herausfinden. Die Wahrnehmung der Bewegung erfolgt zwar mit Hilfe der Hand, aber die Hand muß dabei wie eine Pelotte gebraucht werden, deren kleinste Bewegungen vom Ellenbogen- und Schultergelenk wahrgenommen werden. Deshalb muß die Hand selbst ohne jede Kraftanwendung an die Brustwand gelegt und es müssen Schulter- und Ellenbogengelenk locker gestellt werden; am besten wird dabei der Arm im Schultergelenk etwas abduziert und das Ellenbogengelenk annähernd rechtwinklig gestellt. Die Hand darf nicht an den Thorax angedrückt werden, wie etwa beim Aufsuchen des Spitzenstoßes, muß aber doch der zu untersuchenden Stelle entweder ganz oder mit einzelnen Teilen (Ulnarseite, Fingerspitzen, Daumenballen) dicht aufliegen.

Es scheint sich beim Herzvibrieren um dieselbe Erscheinung zu handeln, welche Leyden (Ztschr. f. klin. Med., 1886) unter dem Namen Tremor cordis folgendermaßen erwähnt hat: „Der Tremor cordis ist ein Phänomen, welches den älteren Ärzten sehr wohl bekannt war und welches man nur palpieren kann. Dabei ist der Herzstoß undulierend, er besteht aus mehreren kleinen Kontraktionen. Es ist gewöhnlich Galopprhythmus bei hoher Frequenz; es kann aber auch Delirium cordis mit hoher Pulsfrequenz sein. Der Tremor cordis ist immer ein Zeichen bedeutender Herzschwäche; er kann mit oder ohne Dilatation vorhanden sein." — Wenn auch diese Erklärung des Herzzitterns als geteilte Herzkontraktion heute durch die Elektrokardiographie widerlegt ist und eine andere Erklärung des Phä-

nomens noch nicht gegeben werden kann, so ist die Untersuchung darauf als praktisch äußerst wichtig zu empfehlen. (Klin. Wschr. Nr. 38, 1925.)

Neurologie und Psychiatrie.

Adipositas dolorosa (Dercum) — Lipolysin.

Die übliche Thyreoidintherapie der Dercumschen Krankheit versagt nicht selten trotz hoher Gaben. Dervis (D. m. W. 1924, S. 1087) empfiehlt das Sanarthrit-Heilner als Spezifikum; andere verwenden neben Thyreoidin Hypophysen- und Keimdrüsenextrakte, da das Leiden nicht einseitig als Dysthyreose, sondern als pluriglanduläre Erkrankung aufzufassen sei. Dementsprechend sah Jülich (Allg. Krankenh., Hamburg-Barmeck), wie auch sonst bei endogener Fettsucht, in typischen Fällen von Dercum glänzenden Erfolg von dem kombinierten Hormonpräparat Lipolysin (dreimal täglich ein bis zwei Tabletten und außerdem jeden zweiten Tag 1 cm³ subkutan): Beide Patientinnen nahmen in sechs Wochen 23, bzw. 23½ Pfund ab, die Schmerzen gingen auffallend zurück usw. (M. Kl. Nr. 32, 1925.)

Gastrische Krisen — intraspinale Lufteinblasung.

Prof. Hauptmann nimmt an, daß der tabische Prozeß und die tabischen Krisen auf den schädigenden Einfluß von Substanzen zurückzuführen sind, die infolge der Permeabilität der Gefäße aus dem Blut in den Liquor übertreten und von hier aus hauptsächlich die hinteren Wurzeln lädieren. Durch Elimination einer möglichst großen Liquormenge kann man daher das schädliche Agens — wenigstens vorübergehend — entfernen und eine Krise abschneiden. Hiezu genügt die einfache Lumbalpunktion nicht, sondern eine Lufteinblasung, bei welcher man viel mehr Liquor ablassen kann. Bei einem Tabiker mit gastrischen Krisen, bei welchem alles erfolglos versucht worden war, brachte eine Lufteinblasung mit Entnahme von etwa 90 cm³ Liquor schon nach zwei Stunden ein Nachlassen der sehr heftigen Anfälle, die in den folgenden Stunden ganz aufhörten, um bisher nicht wiederzukehren. (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 95, Heft 3/4, 1025.)

Das Schicksal der kongenital Luetischen

verfolgte viele Jahre hindurch in 210 Familien Prof. A. H. Hübner (Klinik Westphal, Bonn). Nur in 20% der syphilitischen Familien kamen ausschließlich gesunde Kinder zur Welt. 27% aller lebendgeborenen syphilitischen Kinder starben in den ersten fünf Jahren. 20% erkrankten in den ersten fünf Jahren, blieben aber am Leben; unter ihnen finden sich viele Imbezille, Idioten, Epileptiker und vereinzelte Hemiplegiker. Weitere 17% erkrankten bis zum 18. Lebensjahr, namentlich in der Zeit der Pubertät, und zwar an juveniler Paralyse oder Gehirnsyphilis. Nach dem 18. Lebensjahr wurde Auftreten von Nervenlues nur mehr in 2% beobachtet. Dauernd frei von gröberen Störungen blieben nur 34%. Allerdings waren 67% der Erbluetischen unzureichend oder gar nicht behandelt worden. Unberechenbar war die Wirkung der Elternlues in den einzelnen Familien. Manche Familien zeigten durchwegs fast normale Kinder, obwohl beide Eltern sicher luetisch waren, z. B. Tabes oder Paralyse hatten. In anderen Familien folgte einer Reihe kranker oder lebensunfähiger Kinder eine Serie von gesunden und sozial brauchbaren Kindern. In einer Familie blieben alle fünf Kinder am Leben, waren aber sämtlich idiotisch, obwohl die Eltern klinisch und serologisch symptomenfrei waren.

Gewisse Degenerationszustände der Erbluetischen (Dystrophia adiposo-genitalis, Hypogenitalismus, Infantilismus, Hypothyreoidismus usw.) sind auf Lues endokriner Drüsen zurückzuführen. So fand Schmitt in 47% der Erbluetischen pathologisch-anatomische Hypophysenveränderungen. (M. m. W. Nr. 35, 1925.)

Die Thyreoidintherapie des Myxödems

ist von großer Sicherheit. Nur wird nach Dozent E. Nobel (Wien) das kindliche M. häufig mit mongoloider Idiotie verwechselt, bei welcher das Thyreoidin wirkungslos ist. Beim kindlichen M. wird der Arzt meist deshalb zum ersten Male aufgesucht, weil den Eltern die mangelhafte körperliche und geistige Entwicklung des Kindes auffällt. Das Kind ist nicht blöde (unfähig zu Willensäußerungen), sondern nur stumpf, träge. Das Gesicht ist gedunsen; die Haut trocken, spröde, gelblich; die Haare sind schütter, trocken, Hände und Füße kalt. Der Bauch ist groß und zeigt oft eine Nabelhernie; die Zunge auffallend groß, die Stimme rauh. Hingegen sind für die mongoloide Idiotie das flache Gesicht, die schief gestellten Augen, der Epikanthus, die schlaffen, biegsamen Gelenke charakteristisch.

Mißerfolge sind auf wenig wirksame Präparate oder ungenügend lange Behandlung zurückzuführen. Das wirksame Prinzip der Schilddrüse wurde von Kendall als Jodtryphtophan chemisch rein dargestellt und als Thyroxin bezeichnet. Doch ist dasselbe schwierig herstellbar und daher noch nicht im Handel. Man ist daher noch auf die Verabreichung von tierischen Schilddrüsen angewiesen. Die chirurgische Implantation wirkt nur vorübergehend, da das Implantat resorbiert wird. Ein titriertes Präparat ist das Thyreoidinum siccum Sanabo, von welchem 2 g für Meerschweinchen letal wirken. Die therapeutisch optimale Tagesmenge ist 0.01 mg pro Quadratzentimeter des Sitzhöhequadrates (gemessen von der Sitzfläche bis zum Scheitel des aufrecht sitzenden Patienten. — Ref.). Ist dieses beispielweise 60 × 60, so beträgt die Tagesdosis 0.036 g; enthält ein Präparat 5 mg getrockneter titrierter Schilddrüsensubstanz, so wäre die Tagesdosis sieben Tabletten. Die Behandlung ist notfalls jahrelang, selbst lebenslänglich unter strenger ärztlicher Kontrolle (cave Hyperthyreoidismus!) fortzusetzen. Die Erfolge an der Wiener Kinderklinik sind hiebei sowohl beim angeborenen als auch postoperativen M. glänzend. (Aus den Fortbildungskursen der Wiener med. Fakultät. Sonderbeil. zu W. kl. W. Nr. 32, 1925.)

Paralysis agitans, Epilepsie — Luminal + Atropin.

Prof. A. Kutzinski (Königsberg) sah von zwei- bis dreimal täglich 0.01 bis 0.02 Luminal + 0.1 bis 0.2 mg Atropin. sulfur., durch längere Zeit mit zweitägigem Intervall nach je fünf bis sechs Tagen verabfolgt, überraschend günstige Erfolge bei genuiner und symptomatischer Paralysis agitans. Das Zittern ließ nach, die Kranken wurden wesentlich freier und lebhafter. Ein Vorteil der Kombination sind die kleinen Dosen und damit der Wegfall von Nebenwirkungen. Keinerlei Schädigungen auch bei mehrmonatlicher Beobachtung.

Auch bei Epilepsie hat sich obige Kombination am besten bewährt. Man wechselt am besten nach jedem Tag mit einem Bromtag ab. (M. Kl. Nr. 31, 1925.)

Salvarsan nach der Malariabehandlung der progressiven Paralyse.

An der Wiener Univ.-Nervenklinik (Prof. Wagner-Jauregg) erhalten die Paralytiker nach Abschluß der Malariabehandlung Neosalv-

arsaninjektionen, und zwar eine Dosis zu 0.3, eine zu 0.45 und vier zu 0.6 g in Abständen von je einer Woche, insgesamt also 3.15 g Neosalvarsan. Es scheint, daß die unspezifische Malariatherapie eine Umstimmung des ganzen Organismus und eine Art Herdreaktion erzeugt, die beide für die Aufnahme des Salvarsans und seine Wirksamkeit auf den Krankheitsherd von großem Vorteil sind. Jedenfalls zeigt eine Statistik des Assistenten dieser Klinik, Dattner, daß die Zahl der wieder berufsfähig gewordenen Paralytiker nach Malariabehandlung + Salvarsan etwa 50%, nach alleiniger Malariabehandlung nur 25% beträgt. Neuerdings wurden vom Verfasser folgende zwei Modifikationen der Salvarsantherapie nach Malariabehandlung versucht. Erstens erhielt eine Serie von Kranken nach Abschluß der Malariabehandlung durch 20 Tage täglich 0.15 g Neosalvarsan, also in etwa drei Wochen 3 g Neosalvarsan. Eine andere Serie von Kranken wieder erhielt ebenfalls durch 20 Tage täglich je 0.15 g Neosalvarsan, aber erst nachdem ihnen etwa zehn Minuten vor der Salvarsaninjektion 20 bis 25 cm³ Liquor durch eine Lumbalpunktion abgenommen worden war, weil man dadurch ein Nachströmen von Gewebsflüssigkeit in den Lumbalraum unter Mitreißung von Salvarsan erhofft (s. „Ars Medici" 1923, S. 415). Ob diese Modifikationen eine wesentliche Verbesserung der Ergebnisse zeitigen, ist aus den bisherigen Statistiken noch nicht zu ersehen. Auch Versuche mit einer Erhöhung der Gesamtdosis von 3 g auf 5 g Neosalvarsan sind im Gange. (Klin. Wschr. Nr. 37, 1925.)

Zur Kalktherapie der Schizophrenie.

Nach W. Dodel wurden im Sanatorium Kahlbaum in Görlitz 14 Fälle mit Afenil venös, Serien bis zu 30 Injektionen à 10 cm³ jeden zweiten bis dritten Tag, behandelt. Auffallend günstige Wirkung namentlich in vier Fällen mit periodischen verwirrten Aufregungszuständen, die bedeutend gemildert, bzw. verhütet werden konnten. Auch in den übrigen Fällen symptomatische Erfolge, insbesondere in Frühstadien. (M. m. W. Nr. 35, 1925.)

Tabes — Impfmalaria.

Fr. Bering (Hautklinik, Essen) berichtet über sehr günstige Ergebnisse in 23 Fällen: Unbeeinflußt blieben 4, verschlimmert wurde kein einziger Fall; 13 zeigten Besserung der Reflexe, Ataxie und Sensibilitätsstörungen; 6 bedeutende Besserung; Blasen- und Mastdarmstörungen sowie schwere Ataxie gingen fast völlig zurück, so daß die Kranken nicht nur arbeitsfähig wurden, sondern auch sich geradezu wie neugeboren fühlten. Das Allgemeinbefinden wurde in allen, auch in den symptomatisch unbeeinflußten Fällen, gebessert (Gewichtszunahme usw.). — Bemerkenswert sind die heftigen Herdreaktionen in den befallenen Körperpartien; lanzinierende Schmerzen z. B. können vorübergehend derart zunehmen, daß hohe Morphiumdosen erforderlich werden. Im allgemeinen sind acht Fieberanfälle abzuwarten. (M. m. W. Nr. 35, 1925.)

Chirurgie und Orthopädie.

Der eingeklemmte Schenkelbruch

kann nach H. Doerfler (Weißenburg i. B.) insbesondere bei fettleibigen Personen infolge der tiefen Lage des Schenkelkanals leicht übersehe[n]

werden. Wenn Symptome für Darmeinklemmung vorliegen und gleichzeitig Schmerzen in der Schenkelbeuge, so muß auch bei nur geringer Druckempfindlichkeit und wenn auch kein Tumor palpabel ist, unbedingt auf Freilegung des Schenkelringes gedrungen werden. Sonst stirbt der Kranke unweigerlich an der bald einsetzenden Peritonitis.

Beim Freilegen des einklemmenden Bruchringes vermeide man es, diesen mit dem Finger zu erweitern, da man hiebei unfehlbar die brüchige Darmschlinge anreißt. Die Erweiterung erfolgt durch das gebogene Bruchmesser nach innen gegen den absteigenden Schambeinast zu. (M. m. W. Nr. 35, 1925.)

Epiphysenlösung am unteren Speichenende — Diagnose.

Verwechslung einer Epiphysenlösung am unteren Speichenende mit typischem Speichenbruch oder der (sehr seltenen) dorsalen Handgelenkverrenkung kommt nicht selten vor. R u d o l f M a i e r fand bei Epiphysenlösung regelmäßig Medianusschädigung, und zwar Lumbrikal- und Daumenmuskelparesen infolge des Druckes der dislozierten Epiphyse, wodurch die Daumen-Zeigefingerzwinge gestört und die Sensibilität in diesem Bereiche beeinträchtigt wird. Nach Reposition schwindet die Nervenstörung in einigen Tagen. Bei starker Dislokation kann ausnahmsweise diese Medianusschädigung auch durch Radiusfraktur oder bei dorsaler Handgelenkluxation zustandekommen, doch erlaubt die Abtastung der Gelenkenden die Unterscheidung. Diese wird auch noch dadurch gefördert, daß die Epiphysenlösung nur zwischen dem 8. bis 21. Lebensjahre vorkommt. Wo Röntgenuntersuchung unmöglich ist, gibt die Medianusparese immerhin einen wichtigen Fingerzeig für die Diagnose der Handgelenkverletzungen Jugendlicher. Die Nervenschädigung bleibt nur dann aus, wenn bei der Epiphysenlösung keinerlei Verschiebung zustandekam. (Arch. f. klin. Chir., Bd. 136, H. 3, 1925.)

Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes

soll grundsätzlich, wie Prof. O. V u l p i u s (Heidelberg-Rappenau) betont, schon innerhalb der ersten drei Lebensmonate beginnen, da später die Resultate schlechter werden. In leichten Fällen genügt das modellierende Redressement, das aber täglich fortgesetzt werden muß, bis das Kind zum Gehen kommt. Die eine Hand umfaßt die Knöchel, um eine Verletzung des Unterschenkels zu verhüten; die andere umgreift den Vorfuß von innen und sucht zunächst die Adduktionsstellung zu korrigieren. Die Weichteile werden mit knetenden Bewegungen schonend gedehnt. Hierauf wird die Supination — womöglich auch der Ferse — in Pronation ummodelliert und schließlich — alles immer in einer Sitzung — durch Überdehnung der plantaren Weichteile der Hohlfuß korrigiert. Nach jeder Sitzung wird das erzielte Resultat mittels schmaler Flanellbinde für einige Stunden fixiert. Allmählich bekämpft man auch den Equinus durch Dehnung der Achillessehne. Allmählich läßt der Widerstand nach, so daß das Füßchen nicht mehr in die Klumpstellung zurückfedert. Notfalls unterweist man auch die Angehörigen im Redressement und läßt nach jeder Sitzung eine Nachtschiene anwickeln, deren nach außen geschweifter schmaler Sohlenteil die Abduktion des Vorfußes sichert, während die im stumpfen Winkel an die Sohle angesetzte Außenschiene durch Hebelwirkung den Fuß proniert. Auch wenn das Kind zu gehen anfängt, ist die Nachtschiene und ein entsprechend gebauter Stiefel erforderlich.

In schwereren Fällen muß man nach vorbereitendem Redressement durch zwei bis drei Wochen täglich eine Überkorrektur in leichter Narkose

vornehmen und diese im Gipsverband fixieren. Der Spitzfuß bleibt zunächst unberücksichtigt, da nur die Spannung der Achillessehne das Strecken der übermäßig gehöhlten Fußsohle gestattet. Die Haut wird mit Mastisol gepinselt und sparsam gepolstert (Achtung jedoch auf Dekubitus!), der Gips wird dem Fuß exakt anmodelliert, der Verband reicht über das halbgebeugte Knie bis zur Oberschenkelmitte hinauf, die Kuppe der Großzehe bleibt eben sichtbar, die fünfte Zehe völlig frei. Nach zwei bis drei Wochen Verbandwechsel, neuerliches Redressement, jetzt besonders des Spitzfußes. Dauer der Verbandperiode drei Monate, Nachbehandlung mit Massage, Bewegungen, Nachtschiene, später orthopädischem Stiefel. (Die Ther. d. Gegenw., H. 7, 1925.)

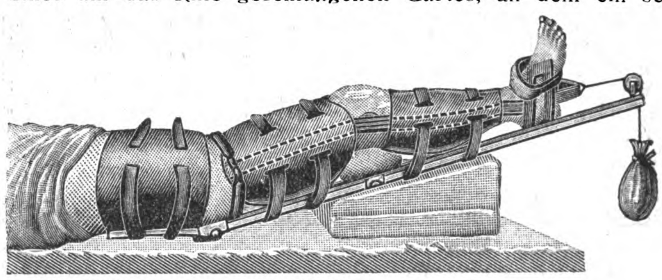
Knochenbrüche — Behandlung in der Praxis. (Fortsetzung.)

Von Prof. F. Lange (München).

Brüche in der Oberschenkelmitte. Die Kriegserfahrungen haben gezeigt, daß Beinverkürzungen usw. nur dann vermieden werden, wenn die Femurfraktur nicht nur fixiert, sondern auch gleichzeitig extendiert wird, und zwar muß in den ersten Wochen die Fixation auch Becken und Unterschenkel, also Hüft- und Kniegelenk umfassen. Letztere müssen aber gleichzeitig von der dritten bis vierten Woche ab bewegt werden, so daß sie nach der knöchernen Heilung (sechsten bis achten Woche) wieder gut beweglich sind. Da das obere Fragment meist in Beugung und Abduktion steht (Iliopsoas- und Abduktorenwirkung), ist, entsprechend der Böhlerschen Forderung, das untere Fragment in jene Stellung zu bringen, welche das obere Fragment zeigt, der Oberschenkel im Hüftgelenk gebeugt (150°) und abduziert zu fixieren. Auch das Knie wird leicht gebeugt (150 bis 160°). Außerdem ist es oft notwendig, einen direkten Druck von der Seite oder von oben her auf das obere Fragment auszuüben, um eine ideale Stellung zu erzielen.

Man benötigt zunächst eine schmale Holzlatte, die um 30 bis 40 cm länger ist als das Bein und eine zweite Latte von 30 cm Länge, die unter das Becken kommt. Beide Latten werden durch ein Stück Zinkblech im Winkel von 150° verbunden; ferner zum Fixieren von Becken und Bein drei breite Hülsen aus brauner Pappe von 1 bis 2 mm Stärke (eventuell mehrere Lagen dünnerer Pappe) für den Unter-, den Oberschenkel und den Rumpf bis zum Nabel. Die Hülsen werden auf der Lattenschiene festgenagelt. Sprung-, Knie- und Hüftgelenk bleiben frei. Am unteren Ende der Schiene wird eine Rolle für die Extension befestigt. Dann legt man einen Zugverband an, am besten mit Zinkleim (zur Not auch Heftpflaster) und lagert den Verletzten auf die Schiene; das Knie wird durch ein untergelegtes Kissen leicht gebeugt (150°), die Hüfte ist ebenso gebeugt und leicht abduziert, die Ferse liegt durch ein unter die Achillessehne gelagertes Kissen frei. Nun bringt man einen gut gepolsterten Tubergurt zur Gegenextension an, setzt die Extension in Tätigkeit (eventuell durch Wassereimer) und schließt die drei Papphülsen durch Bänder oder Gurte zusammen, nachdem man sie etwas angefeuchtet hat, damit sie sich gut anschmiegen (Fig. 1). Die Ränder der Hülsen dürfen nirgends einschneiden (Vorsicht besonders am Fibulaköpfchen und Arcus pubis). Bei einer komplizierten Fraktur wird an der Stelle der Wunde ein Loch in die Pappe geschnitten und diese mit Oxyzyanat 1:1000 angefeuchtet. Findet man noch eine winklige Abknickung, so legt man außen oben über dem zentralen Fragment zwischen Oberschenkel und Pappe ein Kissen ein. Vergleichende Messung von der Spitze des Trochanter major bis zu der des äußeren Knöchels. Nach vier Wochen beginnt man mit Kniegelenkübungen, zu welchem

Zwecke die Holzlatte etwa 5 cm peripher vom Kniegelenkspalt durchsägt und daselbst ein Scharniergelenk eingesetzt wird. Allmähliche Beugung mittels eines um das Knie geschlungenen Gurtes, an dem ein senkrecht



Figur 1.

über eine Rolle an der Zimmerdecke führender Zug ausgeübt wird (kann Patient später selbst betätigen). Nach sechs bis acht Wochen läßt man Patienten aufstehen und mit zwei Krücken, später Stöcken, umhergehen.

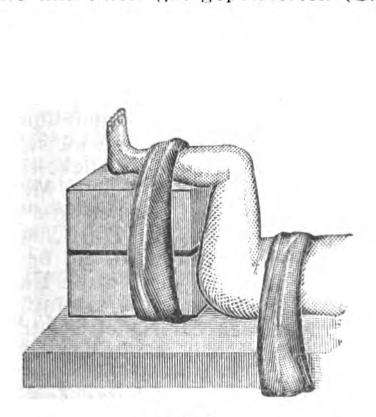
Schenkelhalsbrüche heilen meist unter Pseudarthrosenbildung. Manchmal gelingt es auf unblutigem Wege durch Einkeilung in Narkose die Pseudarthrose zu beseitigen, wobei Coxa vara-Stellung vermieden werden muß. Andernfalls ist die Knochenbolzung zu versuchen, wozu T-förmig angeordnete Ochsenknochenplatten den Elfenbeinbolzen vorzuziehen sind. Das Resultat kann nur durch eine vollendete Gipstechnik erhalten werden. Anschließend muß ein Jahr lang ein Schienenhülsenapparat getragen werden. Bei alten Leuten sucht man in Narkose durch starke Abduktion, Innenrotation und Extension die Fragmente möglichst zu nähern und zu verkeilen. Hiezu dient auch ein direkter Druck mittels Kissens auf den Trochanter von außen her. Sehr wichtig hiebei ist gleichfalls das Vermeiden von Coxa vara. Der Gipsverband bleibt mindestens zwei Monate lang liegen, dann muß noch ein Jahr lang entlastet werden. Wird durch das lange Liegen das Leben bedroht, so verzichtet man auf die knöcherne Vereinigung und bringt Patienten mittels Gehverbandes möglichst bald (etwa nach vier Wochen) auf die Beine Hiezu eignet sich jeder Apparat und Verband mit Sitzring, der das Bein fixiert und entlastet und durch loses Aufliegen unterhalb der Frakturstelle jeden Stoß auf dieselbe beim Auftreten vermeidet.

Beckenbrüche. Ist der Beckenring völlig durchtrennt oder die Harnröhre oder Blase verletzt, so muß Patient möglichst rasch in chirurgische Behandlung kommen. Zu kurzem Transport genügt eine Tragbahre, auf welche Patient vorsichtig so gehoben wird, daß ein Gurt mit Handgriffen unter das Becken geschoben wird und von jeder Seite zwei Hände am Gurt angreifen. Für längeren Transport ist ein Gipsbett zweckmäßig.

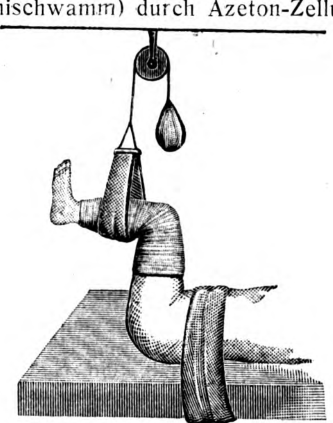
Technik des Gipsbettes (für Spondylitis, Becken- und Wirbelbrüche): Über den Rumpf wird ein Trikotschlauch gezogen. Patient wird hierauf zwischen zwei Tischen auf ein gepolstertes Brett gelagert, das etwas schmäler ist als sein Rumpf. Zur Verhütung von Dekubitus werden über vorspringenden Knochenpartien (Schulterblattgräte und -winkel, Kreuzbein, Darmbeinkamm) faustgroße Tupfer über dem Trikotschlauch festgeklebt und ebenso die Furchen beiderseits der Dornfortsatzreihe mit Wattestreifen ausgefüllt. Nun wird die erste Gipsbinde unter mäßigem Zuge zirkulär um den Rumpf gewickelt. Bei Beckenbrüchen

reicht das Gipsbett von den Schultern bis zur Mitte der Oberschenkel. Auf die erste Rundlage folgt eine Längslage, dann wieder eine Rundlage usw., sechs bis zwölf abwechselnde Lagen, bis je nach der Schwere des Patienten die notwendige Stärke erreicht ist. Nur die erste und letzte Lage wird zirkulär um den ganzen Rumpf und die Oberschenkel geführt, alle übrigen Lagen umfassen lediglich die hintere und die seitlichen Flächen des Rumpfes. Nach dem Erhärten wird der Verband an der Bauchseite mit einer Schere durchtrennt, abgenommen und am Ofen getrocknet. Am nächsten Tag werden die Ränder zugeschnitten (Ausschnitt für die Analöffnung), das Trikot über die Ränder geschlagen und diese mit Watte oder Filzstreifen gepolstert. Zu längerem Gebrauch des Gipsbettes, das am sichersten vor Dekubitus schützt, werden noch auf die Rückseite vier bis acht Lagen Mullbinden aufgelegt und mit einer Lösung von 1 kg Schlemmkreide auf 1 l Wasserglas getränkt. Bei Wirbelbrüchen muß die Lagerung im Gipsbett mindestens zwei Monate dauern und anschließend noch durch sechs Monate ein Spondylitiskorsett getragen werden.

Bei den Oberschenkelbrüchen der Säuglinge kann die übliche Vertikalextension im Heftpflasterverband durch die Dehnung der Muskeln, Nerven und Gefäße und die ungünstige Blutversorgung zur Gangrän führen. Die Extension soll daher bei rechtwinkliger Beugung von Hüfte und Knie erfolgen. Am einfachsten lagert man beide rechtwinklig gebeugte Unterschenkel auf eine feste, gut gepolsterte und wasserdicht überzogene Unterlage, die um 5 cm höher ist als die Oberschenkel (zusammengenagelte Zigarrenkisten), so daß der Körper auf den Unterschenkeln aufgehängt ist und das Körpergewicht für die Extension sorgt. Unterschenkel und eventuell auch Rumpf werden durch Gurte an der Unterlage fixiert (Fig. 2). Oder man umgibt das rechtwinkelig gebeugte Knie mit einer gut gepolsterten (Gummischwamm) durch Azeton-Zelluloid-



Figur 2.



Figur 3.

lösung wasserdicht gemachten Papphülse, die von den Malleolen bis zur Leiste reicht und extendiert über eine Rolle oberhalb des Bettes mit 1 bis 2 Pfund (Fig. 3). Hautschutz gegen Feuchtigkeit durch Lassarpaste, sorgfältige Pflege. (M. m. W. Nr. 30/31, 1925.)

Spondylitis tbc. — Bauchbeschwerden.

H. Schneider (Krankenhaus Wien-Lainz) macht auf die häufigen abdominellen Beschwerden (Magenschmerzen ohne Erbrechen, Druck-

gefühl, Aufstoßen, Appetitmangel, Rektusspannung usw.) aufmerksam, die in den Frühstadien der Wirbelkaries als erstes Symptom nicht selten sind. Meist werden irrtümlich gynäkologische Leiden, Magen-, Gallen-, Appendixaffektionen als Ursache der Beschwerden angenommen und selbst operativ behandelt. Ausgelöst dürften diese Beschwerden durch Tbc. retroperitonealer oder mesenterialer Drüsen werden, vielleicht auch durch umschriebene miliare Aussaat. Bei unklaren hartnäckigen Bauchbeschwerden kann somit eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule überraschende Aufklärung bringen. (W. m. W. Nr. 30, 1925.)

Strictura recti — Diathermie.

H. Picard (Chir. Univ.-Klinik der Charité, Berlin) empfiehlt folgende Technik: Als differente Elektrode wird ein Hegarscher Dilatator rektal eingeführt, als Gegenelektrode dienen zwei mit der zweiten Polklemme verbundene Platten über Unterleib und Kreuzbein. Täglich durch vier Wochen wird mit immer stärkeren Bougies diathermiert; dadurch werden die verengten Stellen schmerzlos gedehnt und eventuelle Symptome von Darmverschluß beseitigt. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 31. 1925.)

Die Varizenverödung mit Kochsalzlösung

wird von K. Linser (Dresden) nochmals warm empfohlen. Gewiß ist die ursprünglich von P. Linser angegebene Sublimatinjektion vorzüglich wirksam, aber Sublimat ist immerhin ein starkes Mittel, dem Arzt und Patient Mißtrauen entgegenbringen und das bei überempfindlichen Kranken immerhin einmal Nierenreizung, Stomatitis oder Enteritis hervorrufen kann. Daher bedeutet die Einführung der Kochsalzlösung einen großen Fortschritt. Man benützt eine 15 bis 20%ige Kochsalzlösung, bei sehr voluminösen Varizen eventuell eine gesättigte (etwa 25%ige) Lösung. Meist genügen 3 bis 5 cm^3 zur Verödung der Krampfader. Grundbedingung für den Erfolg ist jedoch richtige Technik. Es ist wichtig, daß die Lösung unverdünnt oder nur ganz wenig mit Blut verdünnt mit der Venenwand in Berührung kommt. Dann bildet sich sofort ein sich schnell organisierender Thrombus und ist eine embolisierende Verschleppung des Thrombus durchaus nicht zu fürchten. Man geht mit einer dünnen Nadel in die meist gut sichtbare, gefüllte Vene ein und aspiriert, um sich von der Richtigkeit der einwandfreien Lage der Kanüle zu überzeugen, eine geringe Menge Blut. Dann wird das Bein des liegenden Kranken hochgehoben und der Zustrom des Venenblutes mit der Hand peripher von der Einstichstelle unterbrochen. Das noch in den Varizen vorhandene Blut wird, am besten von der Assistenz, zentralwärts ausgestrichen, und nun wird in die blutleer gemachte Vene injiziert und so die hochprozentige Lösung unverdünnt an die Intima gebracht. Beim Zurückziehen der Nadel ist streng darauf zu achten, daß kein NaCl-haltiges Blutgemisch durch den Stichkanal nach außen tritt (schmerzhafte Entzündung). Man drückt deshalb am besten gleich nach dem Herausziehen der Nadel noch kurze Zeit mit dem Finger fest auf die Einstichstelle. Unmittelbar nach der Injektion fühlt man meist, daß sich die Krampfader kontrahiert hat, und hat damit ein sicheres Zeichen ihrer Schädigung. Zweckmäßig massiert man die betreffende Venenpartie noch drei bis fünf Minuten. Die erfolgte Thrombose läßt sich meist nach 24 bis 48 Stunden feststellen; die gespritzten Krampfadern sind dann hart und leicht druckschmerzhaft. Der einzige Nachteil der NaCl-Lösungen gegenüber den Sublimatlösungen ist ein oft auftretender lästiger Wadenkrampf. Verfasser hat daher von dem Sächsischen Serumwerk in Dresden fertige 10 cm^3-Ampullen herstellen lassen, die

neben der Kochsalzlösung ein Anästhetikum enthalten und unter dem Namen „Varicophtin“ in den Handel kommen.

Zu beachten ist natürlich, daß fehlerhafte perivenöse Injektionen der Kochsalzlösung unweigerlich Nekrosen im Gefolge haben, ein Vorkommnis, das aber bei guter Technik und genügender Vorsicht leicht zu vermeiden ist. (Derm. Wschr. Nr. 37, 1925.)

Schwere Verbrennungen — Behandlung.

Von Prof. G. Riehl (Wien).

Die Prognose schwerer Verbrennungen hängt bekanntlich in erster Linie von der Größe der Verbrennungsfläche ab, und zwar tritt der Tod nach der Tabelle von Weidenfeld und Zumbusch in sieben Stunden ein, wenn die ganze Körperfläche drittgradig verbrannt ist, in 13½ Stunden bei halber, in 29 Stunden bei einem Drittel, in 43 Stunden bei einem Viertel, in 64 Stunden bei einem Fünftel bis einem Sechstel, in 90 Stunden bei einem Siebentel Verbrennungsfläche. Der schwere Verlauf ist vor allem durch die Resorption der toxisch wirkenden Eiweißabbauprodukte in der Haut bedingt. Deshalb sind große Kochsalzinfusionen bis zu 3 bis 4 l täglich und die chirurgische Abtragung der Verbrennungsschorfe zweckmäßig. Das Wasserbett wirkt nur schmerzlindernd, verbessert aber die Prognose nicht. Sehr naheliegend ist der Gedanke, einen Teil des veränderten Blutes zu entfernen (Aderlaß) und durch Transfusion gesunden Blutes zu ersetzen. So gelang es, eine 30jährige Frau mit 43% verbrannter Gesamtoberfläche (33% dritten Grades) am Leben zu erhalten, während nach den bisherigen Erfahrungen 25% Verbrennungsfläche dritten Grades als unbedingt tödlich galten. Pat. erhielt in elf Tagen drei Transfusionen à 300, 50 und 300 cm^3 Blut, daneben wiederholt 1 l Na Cl-Lösung subkutan, Herzmittel, Abtragung der Schorfe usw. (W. kl. W. Nr. 30, 1925.)

A. Murat-Willis sah in sieben sehr ausgedehnten Fällen nach ausgiebigem Débridement der Brandwunden rasches Aufhören der Schmerzen, Absinken von Temperatur und Puls, Besserung des Allgemeinbefindens und rasche Heilung. Tierversuche ergaben bei ausgedehnten Brandwunden hochgradige Blutkonzentration, Blutdrucksenkung, Vermehrung des Blut-N und der Erythrozyten, Veränderungen in Nieren, Nebennieren und Darm. Wurde rechtzeitig und möglichst sorgfältig alles verbrannte Gewebe exzidiert, so blieben diese Symptome aus oder traten nur ganz leicht auf. (Journ. of Amer. med. Assoc., Nr. 9, 1925.)

K. Schreiner (Derm. Klinik Prof. Matzenauer in Graz) warnt auf Grund seiner Erfahrungen in 39 Fällen vor der Verwendung von Morphium und anderen herzschädigenden Narkotika bei schweren Verbrennungen. Halbwegs entsprechende Verbände wurden an der Klinik nicht bald nach der Einlieferung gewechselt, um nicht die Pat. ohne zwingenden Grund zu erregen. Sehr wichtig ist sofortiger Beginn mit Na Cl- (besser Ringer-)Infusionen, höchstens 500 cm^3 subkutan mit Zusatz von ½ bis 1 mg Adrenalin durchschnittlich alle zwei Tage; ferner sofort Beginn mit Digitalis + Theobromin, eventuell (bei Erbrechen) subkutan oder venös! Bäder, besonders das Wasserbett, sind im Anfange, solange der Zustand des Pat. gefahrdrohend ist, zu unterlassen. Selbstverständlich flüssige, reizlose Diät, Sorge für gründliche Entleerung und Auswaschung durch Klysmen. (M. Kl. Nr. 32—33, 1925.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Appendizitis oder Nieren-Harnleitererkrankung?

Prof. J. Halban (Wien) macht auf folgendes, wenig bekannte, jedoch praktisch wertvolle diagnostische Zeichen aufmerksam: Die Uretermündung ist sehr gut bimanuell von der Vagina und den Bauchdecken her als druckempfindlicher, spulrunder Strang zu tasten, der zwischen den Fingern beider Hände durchgleitet. Bei Erkrankung der Niere oder des Harnleiters ist die Druckempfindlichkeit einseitig wesentlich gesteigert. (W. m. W. Nr. 31, 1925.)

Bauchdeckenschmerz oder intraperitonealer Prozeß?

Zur Differentialdiagnose verwendet Prof. E. Sachs (Lankwitz-Berlin) folgende einfache Untersuchungstechnik: Man stützt leicht die Knie der liegenden Pat. und fordert sie auf, bei etwas erhobenen, gestreckten Armen und auf die Brust gesenktem Kinn den Oberkörper frei zu heben, so daß die Bauchpresse sich spannt. Ist jetzt der Druck auf die vorher als schmerzhaft empfundene Stelle weniger schmerzhaft, so liegt ein intraperitonealer Prozeß vor; ist der Druckschmerz ebenso stark oder stärker als vorher, so handelt es sich um eine rheumatische oder traumatische Erkrankung der Rektusmuskulatur oder der Hautnerven, die durch Schwitzkur, Salizyl, Na Cl- oder Novokaininjektion, Diathermie, Einreibung mit Analgit o. dgl. rasch zu beseitigen ist. (Die Ther. d. Gegw., H. 7, 1925.)

Eklampsie — Ursachen, Verhütung und Behandlung.

Der physiologische Sauerstoffmangel in der Schwangerschaft wird während der Geburt und besonders bei E. bedeutend erhöht, wodurch es zu gesteigertem Zerfall und zur Verfettung der Gewebe kommt. Der Gefäßkrampf bei E. schädigt durch die mangelhafte Blutversorgung die Organe noch mehr, ebenso der erhöhte Blutdruck und die Kohlensäureanhäufung während der Wehen. Hochenbichler (III. Geb.-Klinik, Wien) fand, daß der Blutdruck Schwangerer im Sommer durchschnittlich niedriger ist als im Frühjahr oder Herbst und führt dies auf die blutdrucksenkende Wirkung der ultravioletten Sonnenlichtstrahlen zurück. Im Einklang damit haben Zangenmeister und andere Autoren den hohen Feuchtigkeitsgehalt der Luft für die Begünstigung der Entstehung von E. verantwortlich gemacht. Durch den erhöhten Sauerstoffverbrauch erklärt sich auch die Häufigkeit der E. bei Hydramnios und bei Mehrlingsschwangerschaften, wo die Lunge stärker hochgedrängt wird; desgleichen die größere Neigung der Erstgebärenden zur E., weil deren straffe Bauchdecken der Lunge nicht so viel Spielraum zur Ausdehnung gewähren wie bei Mehrgebärenden. — Wegen der bei E. bestehenden Kohlensäureüberladung des Blutes ist die an den Stoffwechsel größere Anforderungen stellende Eiweiß- und Fettnahrung bei Eklampsiegefahr tunlichst einzuschränken. In den Kriegszeiten, wo die Ernährung der Bevölkerung litt, ging bekanntlich die Häufigkeit der E stark zurück. — Auch der Schilddrüse wird eine gewisse Bedeutung für die Entstehung der E. zuerkannt (Thyreoidintabletten und Ovarialextrakt therapeutisch). Dem Schilddrüsenhormon wird nämlich eine oxydierende Wirkung zugesprochen; Frauen mit kleiner Schilddrüse zeigen erhöhte Ödembereitschaft. Schließlich dürften bei der Entstehung der E. auch Störungen des Mineralstoffwechsels in Betracht kommen, wie erhöhte Kalkausscheidung oder Kochsalzretention.

Hochenbichler hat nun seit zwei Jahren bei einer großen Anzahl eklampsiegefährdeter Frauen die Bachsche Höhensonne prophylaktisch mit Erfolg angewendet; bei keiner einzigen der bestrahlten Frauen traten Anfälle auf. Die Ödeme erwiesen sich allerdings als resistent (nach „Ars Medici" 1924, S. 308, sind Gelatine-, bzw. Ringerlösung-Einspritzungen hiebei erfolgreich); bestehender Kopfschmerz schwand bald, und der Blutdruck sank ähnlich wie nach den therapeutisch vielfach angewandten Aderlässen. Auch therapeutisch, bei schon bestehender E., empfiehlt Verfasser die Höhensonne, da sie durch ihre blutdruckherabsetzende Wirkung, Erweiterung der Hautgefäße und Entlastung des Herzens und der Lunge den Kreislauf wesentlich fördert. Ja, sie kann sogar den Aderlaß, welchem außer ähnlichen Wirkungen noch die Herabsetzung der Viskosität des Blutes und die Anregung der Diurese zugeschrieben wird, in gewissen Fällen, wo mit dem Blut gespart werden muß, ersetzen oder in schweren Fällen mit ihm kombiniert werden. Die Höhensonnebestrahlung hat auch den weiteren Vorteil, richtig dosiert (leichte Erythembildung schadet nicht) unbegrenzt oft angewendet werden zu können; sie muß allerdings auch noch nach Aufhören der Anfälle eine Zeit lang fortgesetzt werden. Bei E. intra partum sind Narkotika (Chloralhydrat, Luminal) nicht zu entbehren. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 69, H. 3/4, 1925.)

Medikamentöse Schnellentbindung.

Die Frage der medikamentösen Schmerzverhütung bei der Geburt ist sicher noch ungelöst. Die verschiedenen Arten des Dämmerschlafes erfordern manches Opfer an kindlichen Leben und auch für die Mutter ist die durch den Dämmerschlaf bewirkte Geburtsverlängerung nicht ohne Gefahren, da häufig operative Eingriffe notwendig werden. Ein anderer Weg zur Linderung der Geburtsschmerzen ist, wie Oberarzt Eversmann (Vereinshospital, Hamburg) schreibt, die Verkürzung der Geburtdauer, und dieser Weg ist heute gangbar. Das Pituitrin wurde bisher intra partum wegen Gefahr der Uterusruptur nur in der Austreibungsperiode bei völlig oder fast völlig erweitertem Muttermunde angewendet, und zwar injizierte man dann stets eine ganze Ampulle. Stein (New York) empfahl im Jahre 1920 minimale Dosen von Pituitrin zur Einleitung der Geburt am normalen Schwangerschaftsende (vgl. „Ars Medici" 1925, S. 512 und 1920, S. 500). Verfasser gibt seitdem kleinste Pituitrindosen in jedem Stadium der Geburt, wenn die Wehen zu wünschen übrig lassen, und hat damit ausgezeichnete Erfahrungen gemacht. Man kann mit Pituitrin jede, auch erst im Anfange befindliche Geburt zu dauernd ungestörtem und schnellem Ablauf führen, wenn keine ausgesprochen pathologischen Verhältnisse vorliegen. Die übliche Angabe, daß eine Geburt bei Erstgebärenden durchschnittlich 15 bis 24 Stunden, bei Mehrgebärenden 10 bis 12 Stunden dauere, ist heute bei Anwendung von Pituitrin ein überwundener Standpunkt; die Hälfte, ja meist ein Drittel dieser Zeit genügen. Ist die Dauer wirklich einmal eine größere, so handelt es sich um Vorderhauptslagen oder Verengerung des Beckenausganges, und man kann dann mühelos eine Beckenausgangszange machen. Aber ohne Zweifel kommt es infolge der von Anfang an geregelten und nicht unterbrochenen Wehentätigkeit äußerst selten zu regelwidrigen Einstellungen, zu Zangenoperationen und sonstigen Kunsthilfen. So schreibt auch Burger (Rev. mens. gyn. et obstétr. Nr. 1, 1924): „Die Anwendung der hohen Zange ist durch die des Pituitrins völlig ersetzt worden, so daß sie in den letzten zwei Jahren unter 2360 Geburten nicht mehr zur Anwendung kam. Die Zahl der Totgeburten, der Scheiden- und Dammrisse wurde durch die Anwendung des

Pituitrin nicht beeinflußt." Eher wird nach Verfasser manch kindliches Leben durch die Geburtsverkürzung gerettet. Die „Pituitrinmethode" bewirkt keine direkte Schmerzlinderung, aber eine wesentliche Verkürzung der Geburtsschmerzen. Und tatsächlich sind die Frauen nach wenigen Stunden heftiger Schmerzen viel weniger erschöpft, als früher, wo sich manche tagelang in Schmerzen wand. Das Erlebnis der Geburt ist daher mit viel weniger qualvollen Erinnerungen verknüpft. Während des Kopidurchtrittes kann und soll man natürlich eine kurze Narkose oder einen kleinen Rausch anwenden. Nur darf diese Betäubung nicht längere Zeit dauern, da sie die Wehentätigkeit auch in der Nachgeburtsperiode ungünstig beeinflußt. Früher ließ man die Narkose oft bis über die Expression der Plazenta nach Credé andauern. Doch kann man meist sowohl den Credé als auch die Betäubung dabei entbehren. Man wartet ruhig die bekannten Zeichen der Plazentalösung (Vorrücken der Nabelschnur, Druckgefühl auf den Mastdarm usw.) ab und fordert nun (nach den Angaben des amerikanischen Autors Baer, „Ars Medici" 1924, S. 357) die Frau zum Mitpressen auf, während man die Bauchwand, die Musculi recti mitfassend, in einer Längsfalte erhebt; dadurch wird die etwa vorhandene Rektusdiastare aufgehoben und die Bauchpresse arbeitet wirksamer. Von besonderem Vorteil ist es, wenn man die Frau in diesem Augenblicke die Füße anziehen und aufstellen und das Gesäß erheben läßt, was die Gebärende stets willig tut und nicht unangenehm empfindet.

Zwei Vorwürfe wurden bisher der Pituitrinanwendung unter der Geburt gemacht, daß sie 1. zu tetanischen Kontraktionen des Uterus führen könne und 2. daß infolge Nachlassens der Pituitrinwirkung leichter atonische Blutungen post partum entständen. Das erstere hat Verfasser nie beobachtet, es kommt wohl nur bei Überdosierung oder falscher Indikationsstellung in Betracht, wenn man z. B. trotz regelmäßiger genügender Wehentätigkeit Pituitrin geben würde. Die atonischen Nachblutungen sind nach Verfassers Beobachtungen bei der Pituitrinmethode sogar seltener, wahrscheinlich weil die Uterusmuskulatur nie so übermüdet ist, wie es früher bei tagelanger Wehentätigkeit vorkam. Stellt sich doch einmal atonische Nachblutung ein, so wird man sie durch eine weitere (notfalls venöse) Pituitringabe erfolgreich bekämpfen können, vielleicht in Kombination mit Secacornin, wie es Reifferscheid empfiehlt. (Ztrlbl. f Gyn. Nr. 24, 1925.)

Prüfung der Plazenta auf Vollständigkeit.

Vor allem muß man sich nach Prof. E. Sachs (Berlin-Lankwitz) davor hüten, sich die Plazenta (Pl.) in den tellerförmig gehaltenen Händen zeigen zu lassen, da hiebei alle Defekte verdeckt sein können. Nur bei flacher Aufbreitung der Pl. sieht man, wo die Dezidualbedeckung fehlt oder Kotyledonen herausgerissen sind. Übergießen mit heißem Wasser, um von Dezidua entblößte Stellen, die dann wie gekocht aussehen, zu demonstrieren, oder Füllung der Gefäße von der Vene aus mit Milch ist nur bei negativem Ausfall für die Vollständigkeit beweisend, so daß eine Austastung unnötig wird. Spritzt hingegen Milch aus einer Stelle der Pl. heraus, oder sieht eine solche wie gekocht aus, so beweist das noch nicht, daß Pl.-Reste zurückgeblieben sind, da sie nebenbei mit der Blutung herausbefördert worden sein können. Nur wenn noch andere Zeichen für zurückgebliebene Reste sprechen (Blutung, Fieber, mangelhafte Kontraktion), ist eine Austastung angezeigt. Der Nachweis von Gefäßen, die über den Eihautrand hinwegziehen, ohne wieder zum Kuchen zurückzukehren, ist für eine zurückgebliebene Pl. succenturiata beweisend, die nicht übersehen werden darf. (Jahresk. f. ä. Fortb. VII., 1925.)

Pruritus vulvae — Behandlung.

Thibierge und Legrain empfehlen: Morgens und abends lokale Waschung mit warmen Wasser, welchem pro Liter zwei Eßlöffel folgender Lösung zugefügt werden: Rp. Chlorali hydrati 20.0, Aqu. dest 350.0. — Außerdem täglich einmal eine Scheidenspülung mit derselben Lösung; danach Bestreichen mit folgender Salbe: Rp. Ichthyoli 2.0, Vaselini 40.0, Lanolini 10.0 — und Einlegen eines damit getränkten Gazeläppchens zwischen die Labien. Nach dem Urinieren wird die Genitalgegend mit 1% Natrium-bicarb.-Lösung gewaschen; einmal täglich auch ein warmes Sitzbad. (Journ. de méd. de Paris VIII., 1925.)

Querlage — Behandlung.

Nach Prof. W. Hannes (Breslau).

Auf die seltene Selbstwendung oder Selbstentwicklung darf man nicht rechnen, sondern muß rechtzeitig die Wendung der quer liegenden Frucht unter der Geburt vornehmen. Kann die Frucht noch durch äußere Handgriffe bewegt werden, so kann man (bei stehender Blase oder gelegentlich knapp nach Blasensprung) die äußere Wendung versuchen, und zwar auf den Kopf, selten auf den Steiß. Ist die Längslage hergestellt, so sucht man sie durch Lagerung der Frau auf die Seite, auf welche der vorliegende Teil abzuweichen droht, zu sichern und bandagiert den Leib von allen Seiten her. Ist der Muttermund schon beträchtlich eröffnet, so sprengt man die Blase und sucht bimanuell, eventuell unter Zuhilfenahme der Walcherschen Hängelage, den Kopf fest in den Beckeneingang zu stellen.

Gelingt die äußere Wendung nicht, so ist die typische Behandlungsform der Querlage die sogenannte innere Wendung (= klassische Wendung oder Celsussche oder rechtzeitige innere Wendung) auf die Füße oder einen Fuß. Gegenanzeigen sind absolut verengtes Becken und stark gedehntes unteres Uterinsegment (= verschleppte Querlage; Uterusrupturgefahr!). Je frühzeitiger nach Wasserabfluß die Wendung ausgeführt werden kann, desto ungefährlicher gestaltet sich die Umdrehung des Kindes. Da auch die äußere Hand mithilft, ist auch diese Wendung eigentlich eine kombinierte, doch geht hier (im Gegensatz zur kombinierten Wendung; siehe unten) die ganze Hand in den Uterus, und diese innere Hand hat hier die Haupttätigkeit zu verrichten. Es muß daher zur inneren Wendung der Muttermund vollständig erweitert sein, und es wird sogleich die Extraktion angeschlossen. Zur Wendung wird die Hand eingeführt, welche sich auf der den kleinen Teilen gegenüberliegenden Seite befindet, also z. B. bei erster Lage die linke Hand. Narkose (eventuell durch Hebamme) ist stets anzustreben; bei wasserleerem Uterus gibt man noch 0.01 Morphium behufs Erschlaffung der Uterusmuskulatur. Ist neben der Schulter ein Arm vorgefallen, so soll er durch ein über sein Handgelenk schlingenförmig gelegtes leinenes Nabelschnurband angeschlungen werden; nach Festziehen der Schlinge hängen die freien langen Enden des Nabelschnurbandes aus den Genitalien heraus. Weicht dann der Arm bei der Extraktion zurück, so braucht man nur an den freien Enden der Schlinge zu ziehen, und der Arm gleitet ohne Frakturgefahr hervor. Weder der etwa vorgefallene Arm noch die etwa vorgefallene Nabelschnur werden vor Beginn der Wendung reponiert, da das unnötig ist, meist nicht gelingt und das kindliche Leben gefährden kann. Man wendet nur auf einen Fuß; nur bei schwieriger Manipulation im wasserleeren Uterus oder bei sonstigen Extraktionsschwierigkeiten (Aufhakung der anderen Hüfte an der Symphyse, schlechte Lage des zweiten Fußes)

wird auch der zweite Fuß herabgeholt. Um die günstigere dorsoanteriore Fußlage herzustellen, wird bei dorsoanteriorer Querlage auf den unteren und bei dorsoposteriorer Querlage auf den oberen oder auf beide Füße gewendet. Natürlich wird man in der Praxis, wenn im Interesse von Mutter oder Kind Beschleunigung nottut, manchmal den Fuß nehmen, den man am ehesten erreicht. — Möglichst schlank zusammengelegt, wird die Hand in den Uterus eingeführt und erst nach Passieren des Muttermundes entfaltet. Der vorliegende Teil (Schulter) wird nach der den Füßen der Frucht entgegengesetzten Seite gedrängt und so der Beckeneingang frei für das weitere Vordringen der eingeführten Hand, welche nunmehr am unteren Rande des Rumpfes entlang zum Steiß und weiter zu den Füßen geht, welche Teile auch von den Bauchdecken her durch die äußere Hand entgegengedrängt werden. Der zur Ausführung der Wendung bestimmte Fuß wird nun mit der ganzen Hand an seinem Unterschenkel erfaßt, so daß der Daumen ihn umfaßt oder auf die Wade zu liegen kommt und somit die Ulnarseite des kleinen Fingers auf dem Fußrücken liegt; man kann auch den Fuß hakenförmig zwischen Zeige- und Mittelfinger fassen. Jetzt begibt sich die äußere Hand vom Steiß weg an den Kopf, diesen funduswärts schiebend, während gleichzeitig die innere Hand den erfaßten Fuß nach abwärts zieht, ihn dabei in seinen Gelenken abwickelnd streckt und somit den kindlichen Steiß beckeneingangwärts bewegt. Der Frakturgefahr wegen darf nie versucht werden, den erfaßten Fuß über den Rücken des Kindes hinabzuziehen. Hat man also bei dorsoposteriorer Lage den oberen Fuß in der Hand, so muß man, um ein Sichkreuzen der Füße zu verhüten, den Kopf erst möglichst emporschieben, ehe man den Fuß anzieht, oder, wie oben bemerkt, in solchem Falle beide Füße herunterholen. Die Wendung ist vollendet, wenn das vor die Vulva gebrachte Bein auch nach Aufhören des Zuges mit seinem Knie in, bzw. vor der Vulva stehen bleibt. — Man muß sich aber nun überzeugen, ob die Umdrehung wirklich gelungen ist. Bei wasserleerem Uterus dreht sich die Frucht schwer, und es kann vorkommen, daß der Fuß in der Vagina oder Vulva steht neben dem zum Teil weggedrängten Teil, ohne daß Steiß und Kopf wirklich nach oben gedreht sind. In diesem Zustande darf man die Frau wegen erhöhter Rupturgefahr nicht weiter kreißen lassen. In dieser mißlichen Lage kann man noch einen Versuch mit dem alten sogenannten gedoppelten Handgriff der Justine Siegemunde machen: Der, bzw. die herabgezogenen Füße werden angeschlungen, und es wird nun mit der die freien Schlingenenden ergreifenden einen Hand fest nach abwärts gezogen, während die andere Hand in den Uterus geht, den Kopf ergreift und nach oben schiebt. Gelingt dieser Handgriff nicht, so ist von weiteren Wendungsversuchen abzusehen. In der Klinik kommt bei noch lebendem Kinde der hohe zervikale Kaiserschnitt in Betracht; in der Außenpraxis bleibt nur die Embryotomie des ohnedies meist toten Kindes übrig. — An die vollendete innere rechtzeitige Wendung soll stets die Extraktion am Fuße sogleich angeschlossen werden. Das geschieht im Interesse des Kindes, das durch Kollision mit der Nabelschnur oder durch Verletzung der Plazentarstelle meist schwer gefährdet oder geschädigt ist. Die mütterlichen Weichteile sind völlig eröffnet und die Kreißende befindet sich in Narkose; so sind die besten Vorbedingungen für eine rasche und glückliche Extraktion gegeben.

Kann man nach Lage des Falles nicht bis zur vollkommenen Eröffnung des Muttermundes warten und aus irgendwelchen Gründen auch nicht die hier sonst angezeigte intrauterine Ballonbehandlung anwenden, dann kommt nur die kombinierte Wendung (Wendung nach Brax-

ton Hicks, vorzeitige innere Wendung) in Betracht. Hier wird nicht die ganze Hand in die Gebärmutter eingeführt, und infolgedessen hat die von außen wirkende andere Hand mehr Arbeit zu leisten. Daher ist diese Wendung nur bei noch gut beweglicher Frucht ausführbar. Die ganze Hand wird in die Scheide eingeführt (Narkose unbedingt erforderlich), in den Muttermund gehen aber dann nur zwei bis höchstens drei Finger. Sie drücken den vorliegenden Teil so weit als möglich in der den kindlichen Füßen entgegengesetzten Richtung vom Beckeneingang fort, während die äußere Hand, teils am Kopfende, teils am Steißende der Frucht wirkend, das Beckenende der Frucht bis in die Nähe des Beckeneinganges bringt, wo dann die eingeführten Finger einen Fuß erreichen und hinabziehen können. Nach Herstellung der unvollkommenen Fußlage bleibt dann die weitere Geburt den Naturkräften überlassen, denn eine Extraktion würde die Gefahr von Zerreissungen des Muttermundes und der Zervix mit sich bringen und auch das Kind nicht retten. Denn erfahrungsgemäß ist solche Extraktion schwierig und langwierig; jede über acht Minuten dauernde Extraktion bedeutet aber fast sicheren Kindestod. Bei der kombinierten Wendung gehen 80 bis 90% der Kinder zugrunde; sie ist auch technisch schwierig und sollte nur im äußersten Notfalle angewendet werden. Wie erwähnt, ist bei nicht voll eröffnetem Muttermunde die Metreuryse oder Hystereuryse die Methode der Wahl. (D. m. W. Nr. 37/38, 1925.)

Drei Jahre ambulante Therapie der weiblichen Gonorrhoe.

Aus der Derm. Univ.-Klinik Prof. v. Zumbusch in München berichten Wirz und Hirsch über die Ergebnisse in 540 Fällen.

Diagnose: Bei der Sekretentnahme wird besonderer Wert auf reines Material gelegt, das heißt Orificium urethrae und Zervixöffnung werden zunächst gereinigt und dann mittels Platinöse aus der Tiefe Material entnommen. Präparate an der Luft trocknen und grundsätzlich nach Gram färben, ohne jedoch zwischen den einzelnen Lösungen zu wässern. Schon das erste Präparat ist entscheidend, selbst wenn es nur einzelne typische Gram-negative Diplokokken ergibt, auch wenn sie extrazellulär gelagert sind. Mit der Diagnose „unspezifischer Fluor“ kann man nicht zurückhaltend genug sein! 54% aller Untersuchten waren positiv! Findet man bei mindestens 15 Minuten langer Durchsuchung eines Präparates auch nicht ein einziges entscheidendes Kokkenpaar, so entnimmt man 24 Stunden nach der Menstruation (am zuverlässigsten) oder 24 Stunden nach muskulärer Injektion von 1 cm^3 Gonargin oder eines ähnlichen „Provokationspräparates“. Pat. darf vorher mindestens vier Stunden lang nicht uriniert haben. Zuerst wird stets Material aus der Zervix und dann aus der Urethra entnommen, weil durch das Einführen des Spekulums die Urethra gewissermaßen ausmassiert wird, wodurch man das untunliche Massieren mit dem Finger erspart.

Die ambulante Behandlung muß vor allem absolut regelmäßig täglich erfolgen. Die im Spekulum eingestellte Zervix wird mit einem trockenen oder in 5% wässerige Formalinlösung getauchten Wattestäbchen gereinigt und dann mittels leicht gebogener Kornzange mit einem kurzen antigonorrhoischen Stäbchen (Merck) beschickt. Hierauf wird das hintere Scheidengewölbe mit einigen Spateln Lenizetbolus (Reiss), eventuell mit Zusatz von Choleval o. dgl. angefüllt und die Vagina mit einem locker gerollten, voluminösen, entölten Wattetampon verschlossen. Bestehen hingegen Erosionen oder starke Zervizitis, so beschränke man sich auf das Bepinseln der entzündeten Teile mit 2% Lapis und lege einen mit 2% Lapis oder schwacher Choleval- oder Protargollösung benetzten Watte-

tampon vor. Bolus entfällt auch bei nur mehr sehr geringem Zervixausfluß. Die Harnröhre wird mit den auch beim Manne üblichen Lösungen mittels der Saphier-Spritze gespült, dabei auch die Vulva mit ihren Drüsenöffnungen und Gängen berieselt. Pat. wird angewiesen, zu Hause morgens den Tampon mittels des heraushängenden Bindfadens zu entfernen, mit 1 l heißen Wassers, dem ein Eßlöffel Holzessig zugesetzt wurde, die Vagina zu spülen, sich selbst dann in die Harnröhre nach Entleerung der Blase ein neues Stäbchen (Baiersdorff) einzuführen und die Stäbcheneinlage am Abend noch einmal zu wiederholen (drei Stäbchen pro die). Mikroskopische Kontrolle alle 10 bis 14 Tage, namentlich nach jeder Menstruation. Sind drei Mensespräparate und die dazwischen liegenden hintereinander durchwegs negativ und auch leukozytenarm, so ist Pat. als klinisch geheilt anzusehen, obgleich Rezidive auch noch nach Jahr und Tag nicht auszuschließen sind.

Statistisches. 35.6% klagten auch auf Befragen über keinerlei Beschwerden, hatten also keine Ahnung davon, daß sie an Tripper leiden. (Den Ausfluß, den 50% dieser Frauen zeigten, hielten sie für belanglos.) Nur 5% klagten über Brennen beim Urinieren. 10% hatten auch Syphilis. Komplikationen während der Behandlung traten nur in 9.1% auf (in 6.3% Adnexitis). Der Gonokokkennachweis gelang in 73% schon bei der ersten Untersuchung. Durchschnittliche Behandlungsdauer bis zur bakteriellen Heilung vier Monate. In 71.2% der Geheilten schwand auch der Fluor völlig. Bei den nicht täglich zur Behandlung gelangten Fällen war die Behandlungsdauer viel größer (bis zu acht Monaten). Das Hauptgewicht ist auf eine pedantische Stetigkeit in der Behandlung zu legen. Weitaus der größte Prozentsatz der Erkrankten (28.3%) waren Hausangestellte. (M. m. W. Nr. 34, 1925.)

Pädiatrie.

Die Alopecia areata im Kindesalter

ist nach Prof. Galewsky (Dresden) nicht häufig. In den ersten vier Lebensjahren ist das Leiden sehr selten, vom fünften Jahre an häufiger, was vielleicht auf das häufigere Aufsuchen des Friseurs in diesem Lebensalter zurückzuführen ist. Denn wenn auch die Ätiologie der Alopecia areata noch ganz ungeklärt ist, so sprechen doch manche Momente für eine Infektiosität. Der Verlauf des Leidens beim Kinde ist nicht wesentlich verschieden von dem beim Erwachsenen. Im allgemeinen ist die Alopecia areata beim Kinde gutartig, die Herde heilen ab, rezidivieren zwar nicht selten, heilen aber dann wieder leicht; der Übergang in totale Alopezie ist beim Kinde äußerst selten. Die Therapie soll unbedingt in energischer Behandlung des ganzen Kopfes bestehen. Die weitaus beste aller lokalen hautreizenden und antiparasitären Behandlungen ist die Chrysarobintherapie. Täglich wird die Kopfhaut mit Sublimatspiritus abgerieben und über Nacht Chrysarobinsalbe aufgelegt. Sehr bewährt hat sich daneben die Quarzlampe, ja es ist auffallend, daß zuweilen auf bestrahlten, vorher unbehaarten Stellen sich feine Lanugohaare bilden, so auf der Stirne und im Gesicht. Bei schweren Fällen sind allerdings manchmal auch 40 bis 50 Bestrahlungen nötig, und man darf die Kur in solchen Fällen nicht vorzeitig abbrechen. In refraktären Fällen, die auf Chrysarobin und Quarzlampe nicht ansprechen, sind andere Hautreize (Krotonöl, Karbolsäure usw.) zu versuchen. Doch kann man im allgemeinen sagen, daß, wenn Chry-

sarobin (oder sein Ersatzpräparat Cignolin) nicht wirkt, auch die anderen Mittel keinen Erfolg haben. Das stärkste Mittel ist der bewährte Unnasche Chrysarobinsalbenstift. (Derm. Wschr. Nr. 37, 1925.)

Zur Arzneidosierung bei Kindern.

Die Widerstandskraft der Kinder gegen Arzneien ist, wie Dozent H. Januschke (Wien) ausführt, im allgemeinen größer, als meist angenommen wird. Nach Krasnogorski kann man z. B. gegen Säuglingsekzeme schadlos wochenlang bis zu 2½ bis 3 mg Atropin pro die per os verabfolgen (? — Ref.). Bei einem vierjährigen Knaben mit Pertussis konnte Januschke erst durch vier- bis fünfmal 0.04 Codein mur. durch eineinhalb Monate täglich die Hustenanfälle wirksam bekämpfen. Ein dreizehn Monate altes Kind erhielt irrtümlich 1.0 anstatt 0.1 Aspirin, ein vierjähriges gesundes Kind 0.06 Codein mur., ohne irgendwelche Störung. Die wirksame Kodeindosis für den Erwachsenen beträgt durchschnittlich 0.04 bis 0.06 (maximale Tagesmenge 0.3) und dem Körpergewicht entsprechend für das zwei Monate alte Kind 0.004 bis 0.006, für dreieinhalb bis vier Jahre 0.01 bis 0.02. Manchmal, namentlich bei Pfordaderstauung ist die gleiche Dosis eines Medikaments rektal wirksamer als per os. Oft ist es zweckmäßig, durch ein- bis zweistündliche Dosierung einen „Arzneidauerstrom" im Blute zu erzeugen, um eine wirksame Sättigung der Zellen mit dem Medikament zu erzielen. So blieben viermal 0.04 Cod. mur. tagsüber bei einem Erwachsenen wirkungslos, während das Zusammendrängen der vier Dosen auf den Nachmittag abends zum gewünschten Effekt führte. Bei epileptiformen Krämpfen versagten 4 und 2 g Chloralhydrat pro die, hingegen war sechs- bis achtmal 1 bis 1½ g voll wirksam. (W. m. W. Nr. 35, 1925.)

Diabetes mellitus juvenilis — Eigenheiten.

Aus einem Vortrag von Dozent R. Wagner, Assistent der Pirquetschen Kinderklinik in Wien.

Die Heredität spielt nach den Erfahrungen der Wiener Kinderklinik eine relativ geringe Rolle. Die Anamnese läßt oft im Stiche. Während der Erwachsene wegen Amblyopie, Neuritis, Pruritus, Furunkulose den Arzt aufsucht und die Glykosurie oft nur gelegentlich aufgedeckt wird, setzen beim Kind die diabetischen Hauptsymptome, Durst und Polyurie, oft mit einem Schlag ein, nicht selten nach irgendeiner exogenen Schädigung (Infektionskrankheit o. dgl.). Abmagerung und Kräfteverfall sind oft so rapid, daß das Kind in wenigen Tagen viele Kilogramm verliert. — Nicht jede Glykosurie bedeutet Diabetes; es gibt eine alimentäre Laktosurie (Ausscheidung nicht vergärbaren Milchzuckers beim Säugling), vorübergehende alimentäre Glykosurien, namentlich bei Fieber; renale Glykosurien (unabhängig von der Kohlehydratzufuhr, keine Hyperglykämie!), nicht selten jedoch mit Übergang zu echtem Diabetes. In schweren Fällen sieht man oft bei relativ geringer Glykosurie eine sehr bedeutende Hyperglykämie. — Symptome von Seiten der Haut, Augen und Nerven kommen beim Kind so gut wie gar nicht vor; nicht selten hingegen Xanthosis diabetica (kanariengelbe Tönung der Haut, namentlich der Nasolabialfalten, Hand- und Fußflächen, am harten Gaumen), Rubeose (rosa- bis pfirsichrote Injektion der Gesichtshaut) und bisweilen ein eigenartiges Exanthem (runde Fleckchen am Rumpf, Oberarm, Oberschenkel). — Es gibt auch leichte, diätetisch prompt beeinflußbare Fälle, die sich aber plötzlich, oft ohne erkennbaren Anlaß, rapid verschlimmern können und dann nur durch Insulin am Leben zu erhalten sind. Die leichten Fälle bieten

außer Durst oft nichts Krankhaftes; manchmal fallen der Mutter Zuckerflecke in der Wäsche auf.

Therapie. Im allgemeinen bestimmt man zuerst die Kohlehydrattoleranz, indem man von 50 g Semmel ausgehend, um je 10 g steigend oder fallend den Grenzwert nach oben oder unten feststellt, bei welchem gerade noch Glykosurie auftritt. Gleichzeitig stellt man durch die $FeCl_3$-Reaktion im Harn fest, ob Kohlehydrate (K.) gerade noch genügend verabfolgt werden, um die Azetonkörperbildung zu verhindern. Die Eiweißkalorien sollen 10% der Gesamtkalorien nicht überschreiten, die Ernährung soll überhaupt knapp gehalten werden. Reicht die Diätbehandlung nicht aus oder ist Gefahr im Verzuge (Koma, interkurrente Infektionen und Operationen, starke Abmagerung usw.), so gibt man außerdem genügend Insulin (namentlich bei eventuellen Mastperioden!). Man benötigt je nach der Schwere des Falles 20 bis 100 Einheiten pro die in zwei bis drei Injektionen, am besten eine halbe Stunde vor der K.-Aufnahme; im Koma selbst 200 bis 250 Einheiten. In schweren Fällen haben sich wiederholt zahlreiche kleine Dosen, über Tag und Nacht gleichmäßig verteilt, am besten bewährt. Oft muß zur Erzielung des gleichen Effektes im Laufe der Zeit die Insulinmenge gesteigert werden (Toleranzabnahme). Manchmal sind scheinbar insulinrefraktäre Perioden durch Wechsel des Präparates zu beheben.

Besonders imposant ist die Insulinwirkung im Koma. Bei den kindlichen Fällen steht die Kreislaufschwäche im Vordergrund (daher auch Kampfer, Koffein, Digitalis, Tropfklysmen, Flüssigkeit venös usw.). Charakteristische Vorboten sind ferner heftige brennende Magenschmerzen, Erbrechen, beängstigender Druck in der Herzgegend, Zunahme des Azetongeruches, die pfirsichroten Wangen. Die schwere Exsikkation mit ihren Gewichtsstürzen (wie bei der alimentären Intoxikation, — hier gleichfalls Insulin!) vervollständigt das Bild.

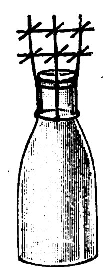
Als hypoglykämische Reaktion bei Insulinüberdosierung treten bei Kindern neben Schweißen, Zittern, Tachykardie, Hungergefühl, Hinfälligkeit, Schwindel, Kopfschmerz, seltener Krämpfe, auch Extrasystolen und quälendes Doppeltsehen bei hochgradigem Schielen auf. Meist genügt etwas Zuckerwasser per os, um alle Symptome bald zu beseitigen. (Aus den Internat. Fortbildungskursen der Wiener med. Fakultät. W. m. W. Nr. 27 und 34, 1925.)

Bei Erythrodermia desquamativa

empfiehlt H. Kaufmann (Kinderkrankenhaus, Karlsruhe) allmähliches Abheilenlassen der Hautaffektion durch Einreibungen mit reinem Lebertran oder mit Lebertran, dem man 20 bis 30% Zincum oxydatum zusetzt; ferner Hebung des Allgemeinbefindens durch sorgfältige Diätetik und Beseitigung der meist vorhandenen dyspeptischen Störungen; schließlich intramuskuläre Injektionen mütterlichen Blutes (mehrmals je 10 cm^3 in Abständen von zwei bis drei Tagen). Von 18 so behandelten Fällen starb nur einer; die Prognose der Erythrodermia desquamativa ist also weniger ernst, als bisher angenommen wurde. (Monatsschr. f. Kinderh. Bd. 30, H. 1, 1925.)

Zur Verhütung der Laugenvergiftungen bei Kindern,

die noch immer, und zwar am häufigsten bei Kindern unter sechs Jahren in erschreckender Anzahl bei uns vorkommen (in USA. und Rußland kennt man die Laugenvergiftung kaum, da dort die konzentrierte Laugenlösung zu Waschzwecken nicht im Handel ist), schlägt Prof. J. Langer (Prag) vor, die Lauge (oder andere Gifte) enthaltenden Flaschen mit einer ein-



fachen, aber erprobten Schutzvorrichtung zu versehen, die er „Trinkwehr" nennt. Dieselbe müßte fabriksmäßig in verschiedenen Größen hergestellt und zu billigem Preise erhältlich sein. (M. Kl. Nr. 31, 1925.)

Zur erfolgreichen Bekämpfung der Vulvovaginitis gonorrhoica der Kinder gehört nach Lewinsky (Städtisches Krankenhaus, Neukölln) neben allgemeinen und diätetischen Maßnahmen eine energische, aber dem kindlichen Organismus angepaßte lokale Therapie. Diese hat sich auf Urethra, Vagina, Rektum und Vulva zu erstrecken; die besondere Behandlung der Zervix, wird als „gefährlich" abgelehnt. Neben der Lokalbehandlung werden aus Gründen der Provokation Vakzinekuren (fünf bis acht Injektionen von Arthigon oder Gono-Yatren in steigenden Dosen venös) in vierwöchentlichen Intervallen gegeben. Zur lokalen Dauerbehandlung eignen sich sehr gut 10%ige Protargolstäbchen mit Zusatz von 1% p-Oxyphenyläthylamin („Delegonstäbchen" der Fa. Bayer in Leverkusen). Das p-Oxyphenyläthylamin ist ein dem Adrenalin verwandter Körper, ist aber haltbarer und länger wirksam als Adrenalin. Die gefäßkontrahierende Wirkung erzeugt eine deutliche Herabsetzung der Hyperämie, der Sekretion und der Leukozytose. Das p-Oxyphenyläthylamin hat also auf die Gonokokken selbst keine Wirkung, erhöht aber die adstringierende Wirkung des Protargols und erlaubt es, ohne Ätzwirkung die 10%ige Konzentration des Protargols in den Delegonstäbchen anzuwenden. Intoxikationserscheinungen wurden nie beobachtet, obwohl die Stäbchen in einzelnen Fällen bis zu einem halben Jahre angewandt wurden. (Derm. Wschr. Nr. 40, 1925.)

Haut- und venerische Krankheiten.

Ekzembehandlung.

Prof. E. Hoffmann (Bonn) empfiehlt als altes und einfaches Mittel in der Ekzemtherapie das Zinköl (Zinc. oxyd., Ol. olivar. ana), welches sowohl für akute Fälle als auch zu Beginn der Behandlung länger dauernder Ekzeme sich vorzüglich eignet. Auch Salizyl- (1 bis 2%) oder Borsäure (2 bis 3%) kann als juckstillendes und desinfizierendes Mittel zugesetzt werden. 2%iges Borzinköl wird auch von zarter Haut in der Regel gut vertragen. Auch Tumenolammonium-Zusatz ist empfehlenswert (an der Klinik Prof. Finger in Wien wird folgende Salbe oft verwendet: Rp. Tumenoli 0.5, Resorcini 0.3, Lanolini, Zinci oxydati ana 5.0, Vaselini ad 30.0. — Ref.) Zur Entfernung der Salbe darf nur reines Olivenöl benützt werden. — Ist die Reizung durch Zinköl behoben und das Nässen durch Betupfen mit 2% Lapislösung beseitigt, dann kann die Behandlung mit 10% gut filtriertem Pix-liquida-Spiritus nach Veiel fortgesetzt werden. Reizt dieser Spiritus, dann lieber mit 2½ bis 5% Teer und Zusatz von 10% Glyzerin beginnen; auch 2% Salizyl kann zugesetzt werden. Diese Tinktur wird auch bei Psoriasis vulgaris mit Vorteil verwendet, und zwar neben der Salizyl-Präzipitatsalbe, eventuell mit Liquor carbonis detergens oder Anthrazol kombiniert. — Die Röntgentherapie wird heutzutage etwas zu häufig und zu wenig streng indiziert angewendet; sie bedarf größter Vorsicht, um schädliche Folgen, wie Teleangiektasien, Pigmentationen, Atrophien usw. zu vermeiden. Nach einem Bestrahlungszyklus von 2 bis 3 X mit 0.5 mm Aluminium in acht- bis zehntägigen Zwischenräumen ist eine

Erholungspause von sechs bis acht Wochen einzuschalten. — Die Nachbehandlung des Ekzems darf nie außer Acht gelassen werden: 1 bis 2% Chloralhydrat- oder 3% Tanninglyzerin, ferner 2% Salizylspiritus mit 10 bis 20% Glyzerin nebst Einfettung mit schwacher Salizylborsalbe; statt letzterer auch: Rp. Acidi salicylici 0.6, Emplastri Lithargyri simpl., Vaselini flavi americ., Olei olivar. optimi ana ad 30.0. (Derm. Ztschr. Bd. 45, H. 1/2, 1925.)

Erythema nodosum — Proteintherapie.

Das Erythema nodosum ist nach Aschoff „Teilerscheinung einer bei Kindern und jugendlichen Personen vorkommenden, vermutlich infektiösen Allgemeinerkrankung". Da es häufig mit Polyarthritis und Endokarditis verbunden sein kann, nimmt man Beziehungen zum akuten Gelenkrheumatismus an und behandelt mit Salizyl örtlich und innerlich. Krische (Freiburg i. Br.) berichtet über zwei Fälle mit deutlich infektiösem Charakter; der eine war mit Polyarthritis rheumatica kombiniert, der andere zeichnete sich durch Beginn in den Nervenbahnen der Extremitäten aus. In beiden Fällen versagte Salizyl, während intramuskuläre Injektionen von Novoprotin sofortige Besserung und baldige Heilung brachten. Verfasser empfiehlt jeden zweiten Tag 1 g Novoprotin muskulär bis zum Schwinden der Krankheitserscheinungen. (D. m. W. Nr. 36, 1925.)

Gonorrhoe — Cholevalemulsion.

Schereschewsky (Berlin) hat bekanntlich das von der Firma Merck hergestellte „Duanti-Besteck" zur Prophylaxe gegen venerische Erkrankungen angegeben. Dasselbe enthält eine starke Chininsalbe gegen die Luesinfektion und in einer elastischen Spritzkapsel 1 cm³ einer 2½%igen Cholevalemulsion, die nach dem Koitus in die vordere Harnröhre gebracht und gleich wieder herausgestreift wird und eventuell vorhandene Gonokokken abtötet. Schereschewsky betont neuerdings, daß sich dieses prophylaktische Besteck in nunmehr sechsjähriger Erprobung sehr bewährt hat. Es lag nahe, die Cholevalemulsion, die trotz hohen Silbergehaltes nicht reizt und infolge ihrer dickflüssigen Konsistenz eine Dauerwirkung durch Haften an der Schleimhaut verbürgt, auch zur Therapie der Gonorrhoe zu verwenden. Verfasser hat daher schon vor etwa drei Jahren („Ars Medici" 1923, S. 69) von der Fa. Merck in Darmstadt Spritzkapseln mit einem Inhalt von 5 cm³ Cholevalemulsion herstellen lassen und dieselben zu Heilzwecken, insbesondere bei Abortivfällen, injiziert. Der Arzt drückt bei zu Abortivkuren geeigneten Frühfällen zu Beginn der Behandlung den Inhalt einer solchen Kapsel in die vordere Harnröhre hinein und läßt den Kranken dann zu Hause noch vier bis fünf Tage hindurch früh und abends selbst den Inhalt je einer solchen Kapsel sich einspritzen. Aber auch in Fällen mit schon intrazellulär gelegenen Gonokokken beginnt Verfasser die Behandlung mit der 2½%igen Cholevalemulsion und setzt sie dann mit Choleval oder 0.1% Albargin fort. Neuerdings hat es sich gezeigt, daß die Einführung von 5 cm³ nicht notwendig ist, daß man vielmehr besser zur Vermeidung des Tiefergreifens des Prozesses und zur Verminderung der Reizwirkung etwa ein Drittel des Kapselinhaltes einspritzen und bald wieder herausstreifen soll.

Besonders bewährt hat sich die Cholevalemulsion bei der Behandlung der Gonorrhoe und des nichtgonorrhoischen Fluors bei Frauen, worüber auch Kaufmann und Hoffmann (Hautklinik, Berlin) berichtet haben. Diese Therapie hat den großen Vorteil der An-

wendbarkeit durch die Patientin selbst. Dieselbe führt nach einer warmen Kali-permanganicum-Spülung die geöffnete Kapsel tief in die Scheide ein und drückt dort den Inhalt aus. Die Vorlegung von ein bis zwei Fadentampons sichert das Vordringen der Emulsion und schützt vor deren Herausfliessen und vor Beschmutzung der Wäsche. Keine andere Methode wirkte auch nur annähernd so rasch auf Ausfluß und Gonorrhoe ein. Bei nicht gonorrhoischem Fluor sind natürlich auch die Störungen allgemeiner Natur, besonders Anämie, gleichzeitig zweckmäßig zu behandeln. (D. m. W. Nr. 34, 1925.)

Jodtherapie und WaR.

Seit der Spirochätenentdeckung und der Einführung des Salvarsans ist das Jod in der Luestherapie stark in den Hintergrund getreten, weil man bei seiner Zufuhr fast kein Schwinden der Spirochäten in den luetischen Manifestationen feststellen kann. Trotzdem gab es erfahrene Kliniker (J. Neumann), die bei schwachem Exanthem und schwächlichen Patienten auch für das Sekundärstadium Jod empfahlen. Im allgemeinen aber herrscht mit Recht die Anschauung vor, daß das Jod seine stärkste Wirkung im tertiären Stadium entwickelt und hier das Hg, manchmal sogar das Salvarsan übertrifft. Exulzerierte Gummen schwinden oft bei Jodgebrauch in Tagen, syphilitische Periost- und Gelenkschmerzen nach einigen Eßlöffeln Jodkali von heute auf morgen. Sehr empfehlenswert ist das Jod auch bei syphilitischem Fieber im Spätstadium, und zwar in diagnostischer (ex juvantibus) und therapeutischer Beziehung; monatelang dauerndes Fieber kann nach dreitägigem Gebrauch von Jodkali plötzlich schwinden. Nicht ohne Grund schreibt Prof. M. Joseph noch neuestens in seinem Lehrbuch in lakonischer Kürze: „Jod ist unentbehrlich".

Die Wirkung des Jods auf die WaR. wurde noch wenig untersucht („Ars Medici" 1923, S. 376). Nur von Hirsch und Sahm liegen größere Statistiken vor; beide Autoren fanden, daß bei genügend langem Jodgebrauch in etwa 50% der Fälle ein Negativwerden der WaR erreicht wurde. Dozent Gußmann (Budapest) stellte durch zweieinhalb Jahre diesbezügliche Untersuchungen an, und zwar bei manifest-tertiären Fällen (meist mit Gummen behafteten Patienten) und bei latenten Spätluesfällen, deren einziges nachweisbares Symptom die positive WaR war, gegen welche bereits vorher erfolglos Hg und Salvarsan angewendet worden war. Die Patienten erhielten pro Tag 2.5 g Jodkali oder Jodnatrium (bei guter Verträglichkeit auch bis zu 4 g täglich). Die Gesamtmenge des verabreichten Jodkaliums oder Jodnatriums betrug 75 bis 150 g. Die WaR wurde in etwa 40% der Fälle negativ, und zwar etwas häufiger bei den latenten Spätluesfällen als bei den manifest-tertiären Kranken. Von drei Tabeskranken wurde bei einem die WaR negativ. Jedenfalls steht die Tatsache fest, daß das Jod, in genügender Menge und Ausdauer verabreicht, die WaR in einem erheblichen Prozentsatz der Fälle günstig beeinflußt, selbst nach Versagen der anderen Antiluetika. Dabei ist Jod ein Heilmittel, das — von überaus seltenen Ausnahmen abgesehen — keinerlei Vergiftungen und Schädigungen verursacht. (Derm. Wschr. Nr. 35, 1925.)

Pigmentierung nach starker Insolation und Einwirken von Kölnischwasser

beobachteten E. Hoffmann und H. Schmitz in der Bonner Universitäts-Hautklinik in mehreren Fällen, meist bei Damen, die sich durch Bespritzen mit Kölnischwasser Abkühlung verschaffen wollten. Entsprechend der Einwirkung desselben auf die bereits stark besonnte Haut war die Pigmentierung strich- und tropfenförmig begrenzt. Da von reinem Spiritus

eine solche Wirkung nicht bekannt ist, dürfte sie auf den Gehalt des Kölnischwassers an ätherischen Ölen, namentlich Bergamottöl zurückzuführen sein, die photosensibilisierend wirken können. (Vielleicht läßt sich derart mittels Quarzlichtes ein Pigmentdefekt beseitigen. — Ref.) (M. m. W. Nr. 34, 1925.)

Die Erfolge der allgemeinen Quarzbestrahlungen bei der Sklerodermie

bestätigt auch Prof. Janichewski (Sofia). Die künstliche Höhensonne bewirkt nicht nur Weichwerden und Schwinden der Plaques und keloiden Veränderungen (auch hartnäckiger Herde auf der behaarten Kopfhaut), sondern auch eine unverkennbare Besserung des Allgemeinbefindens, der Schwäche, der rheumatischen Beschwerden usw., so daß auf eine Beeinflussung der Krankheitsursache geschlossen werden kann. (La Presse méd. Nr. 51, 1925.)

Urologie.

Das Krankheitsbild des paranephritischen Abszesses

ist nach R. Bauer (Wien) charakterisiert durch hohes Fieber, Schüttelfröste; Schmerzen, Dämpfung und Vorwölbung in einer Flankengegend; begleitende Pleuritis auf derselben Seite; Psoaskontraktur, wenn der Abszeß sich auf die Psoasscheide ausbreitet; fluktuierende Geschwulst in der Gallenblasengegend, wenn der Abszeß mehr nach vorne liegt; Leukozytose. Ätiologisch häufig vorausgegangene Furunkulose, aber auch andere Nierenaffektionen (vereiterte Hydronephrose!), Entzündungen der Pleura, Appendix, sonstige Eiterherde. (Wiener Seminarabend, 1925.)

Prostatahypertrophie.

Über Erfahrungen an 185 operierten Fällen berichtet Funfack (Stadtkrankenhaus, Dresden-Friedrichstadt). Die alleinige Untersuchung per rectum täuscht oft; der Tumor kann dabei kleiner oder größer erscheinen, als er wirlich ist oder dem palpierenden Finger ganz entgehen. Die Zystoskopie oder die Urethroskopie der hinteren Harnröhre muß herangezogen werden. Eine isolierte Mittellappenbildung z. B. wird nur auf diesem Wege festzustellen sein. Die Zystoskopie zeigt auch ein eventuell infiltrierendes (Ca) Wachstum des Tumors oder andere Blasenerkrankungen, wie Steine, Divertikel usw. Am besten kann man sich über Größe, Konsistenz und Form des Tumors ein Bild machen, wenn man auf der Sonde untersucht, das heißt Zystoskop oder gebogene Metallsonde in der Harnröhre liegen läßt und vom Rektum her mit dem untersuchenden Finger die Geschwulst gegen das Metall drückt. Die Messung der Harnröhrenlänge kann in vielen Fällen von Interesse sein, dagegen kommt Röntgendurchleuchtung nur bei Krebsverdacht in Betracht. Selbstverständlich ist eine exakte Untersuchung des Gesamtorganismus erforderlich. Die Untersuchung der Harnorgane und des Urins bringt Klarheit über Retention, Zystitis, Pyelitis, Hydro- oder Pyonephrose, Nephrosklerose, Niereninsuffizienz, Herzinsuffizienz. Dazu ist nötig: Bestimmung des Resturins per Katheter, Messung der Tages- und Nachtharnmenge, des spezifischen Gewichtes, Durst- und Konzentrationsversuch, mikroskopische Kontrolle des Urinsediments, Bestimmung des Blutdruckes, des Reststickstoffes im Serum und Kryoskopie sowie Untersuchung der Gefäße und des

Herzens. Zu denken ist ferner stets an Erkrankungen des Nervensystems, die zu ähnlichen Blasenstörungen führen können wie der Prostatismus.

Besteht das Leiden noch nicht lange, so kann man durch konservative Maßnahmen die Beschwerden zu beheben versuchen, wie Katheterismus, Blasenspülungen, Harnantiseptika, heiße Sitzbäder, Stuhlregulierung, Diät und Röntgen. Kehren die Symptome des Prostatismus aber immer wieder, was bei dem progredienten Charakter des Leidens die Regel ist, so versäume man nicht, noch beizeiten operativ einzugreifen. Frühoperationen sind viel ungefährlicher ,als Spätoperationen, wenn bereits schwere Veränderungen des Urogenitaltraktes vorliegen. Ein jahre- oder jahrzehntelanges Katheterleben ist qualvoll und bedingt überdies eine höhere Mortalitätsziffer als die Operation. Es darf also nur für Patienten reserviert bleiben, die eine Operation keinesfalls überstehen würden. Die Zahl dieser Kranken ist aber gering. Durch konservative Maßnahmen kann man die meisten operationsreif machen. Durch regelmäßigen Katheterismus wird sich sehr oft eine Niereninsuffizienz bessern lassen, ebenso können Pyelitis, Zystitis und Kreislaufstörungen durch entsprechende Therapie gebessert oder beseitigt werden. Vor Ausführung der Operation ist es wichtig, den an Retention gewöhnten Harntrakt allmählich an die restlose Urinentleerung durch regelmäßigen Katheterismus und Verweilkatheterbehandlung zu gewöhnen; sonst kann die plötzliche Entlastung nach der Operation zu einem Nierenschock mit folgender Anurie führen.

Als Operationsmethode hat sich unbedingt die suprapubische Ektomie nach Freyer am besten bewährt; in heiklen Fällen kann sie zweizeitig ausgeführt werden. Die Mortalität läßt sich bei dieser Methode trotz der bei dem hohen Alter der meisten Patienten nicht seltenen Komplikationen auf 10 bis 15% berechnen. Als Anästhesie empfiehlt sich die Lumbalanästhesie mit 6 bis 7 cg Stovain; hie und da ist während der Enukleation noch ein kurzer Äther- oder Chloräthylrausch nötig. Bei der zweizeitigen Ektomie genügt meist ein kurzer Äther- oder Chloräthylrausch zur Schmerzstillung. Die Heilung dauert durchschnittlich drei bis fünf Wochen. Die Blutung bei der Operation ist leicht zu beherrschen. Nach der Operation besteht keine Inkontinenz, da der Sphincter externus die Funktion des internus übernimmt. Die Potentia generandi kann erhalten bleiben. (Derm. Wschr. Nr. 36, 1925.)

Augenheilkunde.

Der Akkommodationsschmerz ist ein wichtiges Frühsymptom der Iridozyklitis,

schreibt E. Fischer (Odessa). Er ist konstanter und charakteristischer als der Druckschmerz in der Gegend des Ziliarkörpers und gegenüber einer einfachen Konjunktivitis differentialdiagnostisch bedeutsam. Es handelt sich um einen stechenden Schmerz bei Einstellung des Auges auf einen vorgehaltenen Gegenstand. Er tritt nur im Beginn der Iridozyklitis auf, solange der Ziliarmuskel sich noch kontrahiert, weil damit eine Zerrung an dem entzündeten Ziliarkörper verbunden ist. (Klin. Monbl. f. Augenhk. 74, H. 3—4, 1925.)

Rhino-, Laryngo- und Otologie.

Nasenbluten — Behandlung.

Meist sitzt die Blutung vorn am Septum (Kisselbach-Stelle), selten am Nasenboden, unteren Nasengang oder an den Nasenmuscheln. Arterielle Blutungen sind häufiger als venöse; letztere erfolgen gewöhnlich aus einer Varix. Die hinteren Blutungen sind schwerer, weil dort größere Gefäße verlaufen. Um die blutende Stelle zu finden, soll man den Kopf des Kranken stark nach hinten beugen, damit das Blut nicht nach vorn fließt und das Gesichtsfeld verdeckt. Dann läßt man zur Verringerung der Blutung einen Kokain-Adrenalinspray auf die Nase wirken oder legt für ein bis zwei Minuten eine damit getränkte Gaze ein. Bei sehr heftiger Blutung wirkt auch ein kalter Gegenstand (Eis, Metall) auf den Nacken gelegt reflektorisch blutstillend. Man läßt den Kranken schneuzen und besichtigt vorerst das vordere Drittel des Septums, tupft diese Stelle mit Gaze ab und legt, wenn die Blutung von dort stammt, einen kleinen Kokain-Adrenalintampon ein; dann wird die Stelle mit dem rotglühenden Galvanokauter oder einer Chromsäureperle verschorft. Trichloressigsäure wirkt zu oberflächlich. Die sonstigen, selteneren Blutungen an den Muscheln sind vorwiegend nur vom Spezialisten zu beherrschen; in einzelnen Fällen ist die Quelle der Blutung überhaupt nicht zu finden. Tamponieren darf man nur dann, wenn wegen sehr profuser Blutung größte Eile geboten ist und man auf andere Weise das Nasenbluten nicht stillen kann. In den meisten Fällen geht es ohne Tamponade. A. R e t h i (Budapest) macht keine postoperative Tamponade, sondern beugt der Blutung durch unmittelbar nach einem endonasalen Eingriff injiziertes Afenil vor. Auch ein 10%iger Koagulenspray wirkt ähnlich; ebenso venöse Einspritzung hypertonischer Kochsalzlösung. Beginnende Blutungen stehen oft auf 3% Wasserstoffsuperoxydspray. Die Tamponade, besonders die nach Belloque, hat schon viel Schaden gestiftet, zumal sie oft zu fest angelegt wird; es können Sekretretention, Mittelohrentzündung, Nebenhöhlen- und Siebbeinzellenentzündung (Erysipel — Ref.) entstehen. Nur bei arteriosklerotischen Blutungen kann die Tamponade oft nicht entbehrt werden. Allgemeine Regeln für die Tamponade: Zarte, schonende, schmerzlose Durchführung, ohne Nebenverletzungen zu erzeugen. Der Tampon soll wirklich dort liegen, wo die Blutung ist und diese stillen, um nicht gleich wieder erneuert werden zu müssen. Auch die Entfernung des Tampons (nach ein bis zwei Tagen) soll möglichst wenig Schmerzen verursachen und nicht zu neuerlicher Blutung Anlaß geben.

P. R e t h i tamponiert mit einem (vom Instrumentenmacher Karl Reiner in Wien erzeugten) nach dem Prinzip des geburtshilflichen „Rapid-Tamponators“ gebauten Instrument, einem 14 cm langen, platten, grazilen Röhrchen, an dessen Griffende zwei Fingerringe untereinander angebracht sind. Das Röhrchen hat einen Mandrin, mit dem es in die Nase eingeführt wird. Vorher wird es mit einer dünnen, gewebten, sterilen Gazeschlinge umwickelt, dann langsam und zart in die kokainisierte Nasenhöhle eingeführt, der Mandrin herausgezogen und mit einem am Ende gabelförmig geteilten, mandrinähnlichen Führungsinstrument ein 2 cm breiter, steriler Gazestreifen, der eigentliche Tampon, derart in die Nase geschoben, daß der Einführungsmandrin bis ans Nasenende des Röhrchens geleitet und langsam und vorsichtig zurückgezogen wird, um die weitere Einführung des Streifens nicht zu stören. Der Tampon liegt dann nach dem Herausnehmen des Röhrchens in einer Hülle. Dies hat den Vorteil, daß der Streifen nicht in den Rachen gleiten kann und sich später leicht und

schmerzlos entfernen läßt, ohne eine neue Blutung zu verursachen. Die äußere Hülle bleibt in der Nase und fällt nach täglich mehrmaligem Einfetten des Naseninnern mit etwas 10%iger Borsalbe von selbst heraus. (Ztschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenhk., Bd. 11, H. 3, 1925.)

Nebenhöhlenentzündungen — orbitale Komplikationen.

Aus einem Vortrag von Dozent A. Esch (Univ.-Klinik Prof. W. Lange, Leipzig).

Während eine Weichteilschwellung über dem Warzenfortsatz bei Ausschluß von Otitis externa stets eine Knochenerkrankung und damit die Indikation zur Aufmeißelung bedeutet, ist eine Schwellung an der Orbita bei Sinusitis wegen der verschiedenen anatomischen Verhältnisse (dünne Knochenwände, lockeres Periost usw.) nicht immer so ernst zu bewerten. Sie schwindet manchmal schon bei Erleichterung des natürlichen Sekretabflusses nach Abschwellen der Nasenschleimhaut durch Kokain-Adrenalin; manchmal muß man durch Eröffnung der Nebenhöhle von außen oder von der Nase aus für genügenden Abfluß sorgen. Nur ausnahmsweise wird man die knöchernen Wände der Nebenhöhlen ganz oder teilweise entfernen und die Schleimhaut exkochleieren müssen, so daß die Nebenhöhle ganz oder teilweise verödet (vernarbt). Hiebei wird man in akuten Fällen mit virulenten Erregern mit eventuell postoperativen Komplikationen (Infiltrationen, Abszedierungen, Fieber, Osteomyelitis) rechnen müssen. In chronischen Fällen entstehende Schleimhautzysten (Mucocelen) sind operativ zu entfernen. Beim geringsten Verdacht auf Übergreifen des Prozesses auf den Orbitalinhalt (Augenmuskellähmungen, stärkere Konjunktivitis usw.) oder auf das Endokranium (Liquorbefund!) sind ausgedehnte Eingriffe erforderlich. (Klin. Wschr. Nr. 38, 1925.)

Große Arsendosen bei Schwerhörigkeit verschiedenster Art

empfiehlt E. Wodak (Prag): Täglich zwei Pillen à 5 mg Natr. arsen. (nach dem Essen) oder 2 mg subkutan allmählich ansteigend. Im ganzen bis zu 30 bis 40 Pillen. Bei geringsten Intoxikationssymptomen (Kopfschmerzen o. dgl.) sofort aussetzen. (M. m. W. Nr. 28, 1925.)

Aus der Praxis.

(Originalarbeiten.)

Ueber die kombinierte Behandlung rheumatischer Muskel- und Gelenkerkrankungen mit Atophanyl und Diathermie.

Von Dr. F. **Halla**, Wien.

Als souveränes Mittel bei rheumatischen Erkrankungen galt bisher die Salizylsäure, doch war deren orale Verabreichung meist mit lästigen Beschwerden verbunden. Im Jahre 1904 empfahl daher F. Mendel die venöse Applikation. Eine weitere wesentliche Verbesserung bedeutete die von Ziegelwallner angegebene Kombination von Salizylnatron mit dem Natriumsalz des Atophans, das Atophanyl. In diesem Präparat stellt sich nicht nur eine reine Additionswirkung seiner Komponenten dar, sondern auch eine Potenzierung derselben, wie zahlreiche Publikationen beweisen. Auch eigene reiche Erfahrungen bei rheumatischen Muskel- und

Gelenkerkrankungen sowie bei Neuralgien bestätigten die günstigen Erfolge des Atophanyls. In akuten Fällen von echtem Muskelrheumatismus und bei Anfällen von Ischias genügten oft schon zwei bis drei venöse Injektionen; bei schwereren chronischen Fällen waren wohl zuweilen zehn bis zwölf Injektionen notwendig.

Obwohl ich bei dieser Therapie keinen Mißerfolg aufzuweisen hatte, möchte ich doch als Verbesserung eine Kombination der Atophanylinjektionen mit Diathermie anregen. Manche empfindliche Patienten klagen nämlich nach der intravenösen Injektion über Schmerzen, nicht so sehr an der Injektionsstelle selbst, als vielmehr meist zentripetal im Schultergelenk oder im ganzen Arm. Man kann diese Schmerzen allerdings auf ein Minimum herabsetzen, wenn man die Atophanyllösung in der Spritze stark mit dem Venenblut verdünnt, ferner äußerst langsam, fast Tropfen für Tropfen, einspritzt und schließlich mit der weiteren Injektion zuwartet, sobald sich ein unangenehmes Gefühl im Arme einstellt. Obwohl diese Schmerzen, die übrigens in zwei bis zehn Minuten schwinden, ohne jede Bedeutung sind, ist es doch angenehm, wenn man bei der Kombination mit Diathermie die Zahl der einzelnen, bei den Patienten nicht sehr beliebten Injektionen verringern kann. — Weiters bewirkt die Diathermie eine lokale Hyperämie und Reizwirkung auf die Haut, die Muskeln und Gelenke und dadurch erfährt die Wirksamkeit der venös zugeführten Heilmittel sicherlich eine Beschleunigung und Verstärkung.

Bei allen ganz akuten Fällen habe ich allerdings keine Vorteile der kombinierten Behandlung gesehen. Intravenöse Atophanylinjektionen (da der Ampulleninhalt einen Zusatz von Novokain enthält, können auch, wo es angezeigt ist, intramuskuläre Injektionen schmerzlos gemacht werden), die an zwei aufeinanderfolgenden Tagen ein- bis zweimal verabfolgt wurden, genügten in den meisten Fällen. Bei den chronischen rheumatischen Erkrankungen hingegen habe ich die Kombination, die ich in folgender Weise vornahm, als außerordentlich wirksam erkannt: Injektion von 5 cm³ Atophanyl, nachher sofort 20 Minuten lang Diathermie des erkrankten Organs. Diese Behandlung erfolgte in einigen Fällen, wenn die Patienten über unerträgliche Schmerzen klagten, anfangs zweimal, bei mittelschweren Fällen einmal täglich, bei weniger schweren Erkrankungen jeden zweiten Tag. Auf letzteres Intervall wurde bei allen Fällen, sobald die ärgsten Beschwerden überwunden waren, zurückgegangen. Kontrollversuche, bei denen ich nur bei der einen von zwei erkrankten Extremitäten desselben Patienten die Diathermie anwandte, lehrten mich, daß hiedurch die Behandlungszeit wenigstens um ein Viertel, oft um die Hälfte vermindert wurde.

Eine weitere Unterstützung dieser kombinierten Diathermie-Atophanylbehandlung scheint mir folgende lokale Medikation zu sein. Von dem Gedanken ausgehend, daß die allgemeine Behandlung des Rheumatismus zumeist nur in einer Oberflächenreizung besteht, die durch Einreibung verschiedener Erythem erzeugender Mittel in die Haut und Beförderung der Bildung dieses Erythems durch Hitzeapplikation bewirkt wird, sowie daß einzelne Mittel unter bestimmten Bedingungen auch perkutan dem Organismus einverleibt werden können, legte ich zwischen die Haut und die Bleiplatten Lappen, die mit spirituöser Lösung verschiedener Antineuralgika (Salizyl, Atophan) getränkt wurden. Über den günstigen Erfolg dieser Medikation war ich selbst überrascht. Mit dem beschriebenen kombinierten Verfahren konnte ich die langwierigsten, seit Jahren bestehenden rheumatischen und neuralgischen Affektionen in fünf bis sechs Ordinationen zur Heilung bringen.

Die gebräuchlichsten Tuberkulinproben in der Praxis.

Von Dr. M. **Weiss**, Facharzt für Krankheiten der Atmungsorgane, Wien.

Die Eigenschaft des Tuberkulins, Reaktionen im tuberkulösen Organismus zu erzeugen, wurde zuerst von Robert Koch in der nach ihm benannten subkutanen Probe zu diagnostischen Zwecken verwendet. Diese Probe zielt auf die Erzeugung von Allgemein- und Herdreaktionen hin, um auf diese Weise den aktiven Charakter einer Tbc. festzustellen. Die Gefahren, welche jedoch in dieser Forcierung des Tuberkulins in steigender Dosis liegen, haben dazu geführt, daß diese Methode heute fast völlig verlassen ist. Sie bietet auch gegenüber den einfacheren, noch zu besprechenden Methoden keine Vorteile, da Fieber nach einer Tuberkulininjektion noch nicht die Aktivität des Prozesses beweist und die Herdreaktion, wenn sie auftritt, schließlich auch nur anzeigt, daß es gelungen ist, den Herd zu aktivieren. — Von allen Tuberkulinproben. welche in der Praxis angewendet werden, gilt der Grundsatz, daß sie nur die Tuberkulose-Infektion, nicht aber die tuberkulöse Erkrankung anzeigen. Sie geben uns nur über die grundlegende Frage Auskunft, ob wir es mit einem noch tbc.-freien oder schon infiziertem Individuum zu tun haben. Da die Tbc.-Infektionen, namentlich in der Großstadt, mit zunehmendem Alter immer häufiger werden, ohne daß Erkrankung oder Behandlungsbedürftigkeit in jedem Falle vorliegt, so nimmt der diagnostische Wert der Tuberkulinproben auch mit zunehmendem Alter immer mehr ab. Sie kommen daher in erster Linie als diagnostischer Behelf für das Säuglings- und frühe Kindesalter in Betracht. Es bleiben aber trotz der Lehre von der allgemeinen Durchseuchung mit Tbc. beim Durchschnitt der Bevölkerung — namentlich auf dem Lande — genug Erwachsene übrig, bei welchen uns eine negative Probe die Diagnose Tbc. von vornherein ausschließen läßt.

Die diagnostischen Tuberkulinproben zerfallen in subkutane, kutane, intrakutane und perkutane Proben. Von den subkutanen habe ich die Kochsche Probe schon erwähnt. Sie kommt für die Praxis nicht in Betracht. Eine subkutane Probe ist auch die Stichreaktion, welche schon von Escherich angegeben, später aber besonders von Hamburger ausgebaut wurde. 1 cmg (1/100.000) Alttuberkulin wird subkutan an der Ellenbeugeseite des Vorderarmes injiziert. Bei positivem Ausfall der Reaktion tritt 24 bis 48 Stunden nach der Injektion eine entzündliche Schwellung an der Einstichstelle auf. Falls diese Probe negativ ausfällt, schließt man eine Injektion mit 1 mg, bei Erwachsenen eventuell noch mit 1 cg an. Der negative Ausfall auch der letzten Probe läßt mit fast absoluter Sicherheit Tbc. ausschließen. Kachektiker können aber wie auf alle Tuberkulininjektionen so auch auf diese negativ reagieren. Dann pflegt jedoch die Diagnose aus dem sonstigen Befunde schon mit genügender Klarheit zu erhellen. — Am besten bekannt ist die kutane Reaktion nach Pirquet. Bei dieser Probe werden mit einem eigenen Bohrer drei oberflächliche Läsionen in der Haut des Vorderarmes gesetzt, ohne daß es zur Blutung kommt. und auf zwei Stellen wird je ein Tropfen Alttuberkulin in 100%iger und 10%iger Konzentration gebracht. Die mittlere Läsion bleibt zur Kontrolle frei. Man läßt das Tuberkulin etwa 10 Minuten eintrocknen, dann gibt man ein Flöckchen Watte darauf und verbindet. Positive Reaktion äußert sich innerhalb 24 bis 48 Stunden im Auftreten einer deutlichen Papel. Negativer Ausfall auch dieser Probe erfordert Wiederholung derselben, da manchmal erst nach Sensibilisierung durch vorausgegangene Tuberkulineinwirkung der Körper auf diesen Stoff anspricht. Die kutane Tuberkulin-

probe zeigt mitunter, namentlich beim Erwachsenen, Versager. Ich habe sie als Methode der Wahl schon seit mehreren Jahren aufgegeben und wende jetzt fast nur die intrakutane Probe an. Hiebei wird 1 dmg (1/10.000) Alttuberkulin genau in die Haut injiziert. Ist die Injektion lege artis gemacht, dann entsteht eine scharf sich abhebende Quaddel an der Injektionsstelle. Beim negativen Ausfall dieser Probe schließt man eine Injektion mit 1 mg an. Selten ist eine höhere Konzentration notwendig. Auch hier wird der Ausfall der Probe nach 24 bis 48 beurteilt. Es tritt bei positivem Ausfall an der Injektionsstelle eine kräftige Schwellung und Rötung auf.

Obgleich in der letzten Zeit die Einreibungsproben (perkutane Methode) vielfach gerühmt werden, habe ich mich doch durch Vergleichsuntersuchungen von der Unverläßlichkeit dieses Verfahrens in vielen Fällen überzeugt. Ihm haftet ebenso wie dem Pirquetschen die Unsicherheit der Dosierung als Fehlerquelle an. Man kann bei Kindern zunächst einen Versuch mit der perkutanen Tuberkulineinverleibung machen. Vom Ektebin-Moro wird hiebei ein aus der Tube ausgedrücktes, etwa 1 cm langes Säulchen am Sternum nach vorheriger Reinigung mit Äther oder Benzin mit der Kuppe des Zeigefingers im Umkreis von 5 cm durch ein bis zwei Minuten verrieben. Bei positivem Ausfall tritt ein lichenoider mehr oder weniger lebhafter Ausschlag an der Einreibungsstelle auf. Ist die Probe negativ, so schließe ich immer noch eine intrakutane Injektion mit 1 dmg, bzw. 1 mg Alttuberkulin an.

Die diagnostischen Tuberkulinproben ergeben besonders deutliche Reaktionen im sekundären oder Generalisationsstadium der Tbc. Hier kann man mitunter eine umschriebene Nekrose der Haut als Reaktion sehen. Es empfiehlt sich, den Patienten auf die Möglichkeit einer starken entzündlichen Reaktion aufmerksam zu machen. Dauernden Schaden habe ich nie, weder von der intrakutanen noch perkutanen Probe gesehen. Die diagnostischen Tuberkulinproben geben uns, abgesehen von der Feststellung der tbc. Infektion, noch einige Anhaltspunkte. Je früher die Reaktion auftritt (mitunter ist dies schon nach sechs Stunden der Fall) und je lebhafter dieselbe ist, um so eher dürfen wir im allgemeinen an aktive Tbc. denken. Ausnahmen sind aber auch hier vorhanden. Es empfiehlt sich, auch die Temperatur nach jeder Probe messen zu lassen, weil wir daraus Anhaltspunkte für unser Vorgehen bei einer eventuell angeschlossenen Tuberkulinkur gewinnen werden. Es muß aber betont werden, daß der Temperaturerhöhung im Anschluß an eine Tuberkulinprobe an sich keine üble prognostische Bedeutung zukommt. Manchmal liegt bei sehr starker Reaktion und Fieber Tuberkulinüberempfindlichkeit vor, die wir, namentlich bei geringem Organbefund, sehr gut durch Tuberkulinbehandlung herabsetzen können. Hiedurch kann dann mitunter Neigung zu subfebrilen Temperaturen dauernd verschwinden. Drohende Anergie bei offener Tbc. — sehr schwache oder fehlende Tuberkulinreaktion — enthält die Anzeige zu einer roborierenden Behandlung, am besten Heilstättenaufenthalt.

Wenn wir uns der Tuberkulinproben mit der in allen Tuberkulosefragen gebotenen Kritik und im Zusammenhalt mit den klinischen Erscheinungen bedienen, können sie uns wertvolle Dienste in diagnostischer und prognostischer, manchmal auch in therapeutischer Hinsicht in der Praxis leisten.

Zur Therapie der Crusta lactea.

Von Dr. O. **Myreen,** Provinzialarzt in Gamlakarleby (Finnland).

Die Crusta lactea ist bekanntlich ein hartnäckiges Leiden, das Arzt und Eltern oft zur Verzweiflung bringt. In einer mir verwandten Familie

erkrankte ein bis dahin völlig normal entwickeltes sieben Monate altes Mädchen an diesem Leiden und wurde von vielen Kollegen mit allen gebräuchlicen Mitteln, mit Diachylon, Salizyl, Zink, Argentum, Wismut, Teer in Salbenform, mit Pasten, Pudern, Trockenpinselungen, Tanninbädern behandelt und mit Salbenmasken, Pappärmchen und Bandagen geplagt. Trotzdem breitete sich das Ekzem aus, der Juckreiz wurde immer qualvoller. Dreimonatliche spezialistische Krankenhausbehandlung hob wohl den Ernährungszustand, aber das Ekzem bestand fort. Da proteinhaltige Nahrungsmittel sichtlich das Leiden verschlimmerten, wurden sie gemieden, was wieder den Ernährungszustand beeinträchtigte.

Da mich die übliche Erklärung der exsudativen Diathese nicht befriedigte, dachte ich an innersekretorische Störungen und schlug folgende Behandlung vor: Das Kind bekam lokal nur Zinkpaste, daneben sechsmal täglich einen Teelöffel von Rp: Sol. Suprarenini (1:1000) 10, Syrup. Aurantii 100. — Wie mit einem Schlage hörte das Jucken auf. Schon am zweiten Tage konnten zum ersten Male seit 19 Monaten alle Verbände weggelassen werden; das Kind schlief nachts ruhig zehn bis zwölf Stunden, der Appetit besserte sich; unter fortgesetzter Suprarenineinnahme fielen die Schorfe ab und nach sechs Wochen waren alle Krankheitssymptome geschwunden. Erst nachher erfuhr ich, daß die Mutter seit Anfang meiner Medikation auch Milch, Eier und Fleisch ohne Schaden gegeben hatte. Nur gegen Erdbeeren und rote Weintrauben besteht noch Überempfindlichkeit, doch verschwinden die dann entstehenden Quaddeln und das Jucken ebenfalls bald nach einer einzigen Suprareningabe. Es scheint also doch, daß diesem Leiden eine innersekretorische Ursache zugrundeliegt. (Vgl. hiezu „Ars Medici" 1925, S. 242. — Die Red.)

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.*

Fragen.

242. Weiß jemand ein wirksames Verfahren gegen Pruritus infolge Ikterus bei Leberkarzinom? Dr. F. in Z.

243. Ist es möglich, daß Rinderhirn, Jahrzehnte hindurch gegessen, Arteriosklerose verursacht oder schon bestehende ungünstig beeinflußt? Dr. L. in M.

244. Ich beobachtete bei Kindern luetischer Eltern auffallend verminderte Widerstandsfähigkeit des Nervensystems gegen Poliomyelitis und Enzephalitis, z. B. Todesfälle innerhalb acht bis zwölf Stunden; oder nach Abheilen schwere Ausfallserscheinungen. Haben die Nervenärzte ähnliche Erfahrungen gemacht? Dr. M. P. in L.

245. Werden Kreisarzt Dr. Beinthers Trockenfarben sowie die Farbstoff-Tabloids der Firma Burroughs Welcome & Co. noch erzeugt und wo sind sie zu haben? Dr. F. H. in M.

246. Seit ich in der Herzegowina praktiziere (15 Jahre), werde ich jedes Jahr im Hochsommer zu zwei bis drei Kranken gerufen oder es wird mir über solche berichtet, die an einem ganz eigentümlichen Leiden er-

* Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Raummangels werden nur die Anfragen von allgemeinem Interesse veröffentlicht. Behufs etwaiger brieflicher Beantwortung ersuchen wir daher um Beifügung von Rückporto. Die Red.

krankt sind, welches angeblich durch den Biß einer kleinen schwarzen Spinne hervorgerufen wird. Diese ist dunkelbraun, fast schwarz, etwas kleiner als die Kreuzspinne und hält sich auf den Feldern auf. Die Patienten werden auch nur bei der Feldarbeit in den nackten Fuß oder Arm gebissen. Der Biß soll mit einem äußerst heftigen, stechenden Schmerz verbunden sein; die Bißwunde selbst ist so minimal, daß sie oft überhaupt nicht gefunden wird. Auch zeigt sie nie irgendwelche Entzündungserscheinungen. Unmittelbar nach dem Biß gerät der Gebissene in den Zustand höchster Erregung, klagt über Kopf- und Gliederschmerzen, findet nirgends Ruhe, erbricht tagelang, kann zwei bis drei Tage nicht einschlafen, empfindet hohe Angst und stöhnt deshalb und jammert ununterbrochen. Dabei ist objektiv nie etwas zu finden außer gesteigerten Reflexen. Der Zustand dauert drei bis vier Tage, der Ausgang ist wohl stets ein günstiger. Es wurde mir zwar auch über Todesfälle berichtet, die Berichte klangen jedoch höchst unglaubwürdig. Die Bauern üben eine ganz eigentümliche Therapie, und zwar wird der Kranke in eine aus Kotzen improvisierte Hängematte gelegt und in dieser von den Nachbarn Tag und Nacht geschaukelt; dies soll ihm große Erleichterung verschaffen. — Ich finde in der Literatur nirgends ein solches Leiden. Nur im Lehrbuch der Zoologie von Claus-Grobben lese ich, daß die Spinne Latrodectus tredecimguttata Rossi des Bisses wegen gefürchtet ist. Dr. F. H. in M.

247. In der hiesigen Bevölkerung ist allgemein die Ansicht verbreitet, daß die Milch einer stillenden Frau im Falle einer neuerlichen Schwangerschaft für den Säugling schädlich sei, und es werden deshalb häufig ganz junge Säuglinge abgestillt, künstlich ernährt und gehen nicht selten dann an Ernährungsstörungen zugrunde. Ist die Anschauung von der Schädlichkeit der Milch Schwangerer begründet? Dr. F. H. in M.

248. Welcher Kollege in Deutschland hat schon gute Erfahrungen mit Transduodenalspülung („Klystier per os" nach M. E. Jutte in New York; „Ars Medici" 1921, S. 303) gemacht? Wo ist diese Duodenalsonde in Deutschland erhältlich? Dr. R. in G.

249. Ich besitze keinen Sterilisator. Wie kann ich meine Kleider, Schuhe und Wäsche nach Infektionskrankheiten desinfizieren?

Dr. P. in S.

250. 78jähriger Herr leidet seit Jahren an Speichelfluß und Brennen an der Mundschleimhaut. Zahnmangel, sonst keine Krankheitszeichen an Mundschleimhaut und Speicheldrüsen. Täglich ein bis zwei Zigarren. Harn normal. Lues und Alkoholismus negiert. Atropin und Mundspülungen ohne Erfolg. Dr. A. V. in N.

251. Ist den Kollegen etwas bekannt über die Wirksamkeit oder Nichtwirksamkeit des Haarwuchsmittels „Silvikrin"?

Dr. N. in B.

252. Patient leidet seit Jahren an Oxyuren, alle therapeutischen Versuche scheiterten bisher. Nun beobachtet Pat., daß bei jedem Pressen, besonders am Abend, das charakteristische Gewölle der Oxyuren im Nabel erscheint. Wie ist dieses Phänomen zu erklären? Meines Wissens durchdringen doch die Oxyuren die Darmwand nicht. Dr. S. A. in M.

253. Wo kann ich Auskunft erhalten über den jetzigen Stand der Krankenversicherungsgesetze in Deutschland, Österreich und den übrigen Ländern, über den ärztlichen Dienst bei den Krankenkassen usw.? Dr. A. in T.

254. Wie kann man Rauchmaterial entnikotinisieren, eventuell durch Einlage in Zigarrenspitzen und Pfeifen? Dr. K. in C.

255. In einer französischen Zeitschrift lese ich unter dem Titel „Un procédé rapide pour l'estimation du taux de l'urée sanguine" eine schein-

bar praktische Methode zur raschen Schätzung des Blutharnstoffes. Nötig hiezu sind eine 50%ige Essigsäure, die Mischpipette 1:101 des Blutkörperchen-Zählapparates und eine „Solution méthylique de xanthydrol 1.0:20.0". Die Ablesung erfolgt genau nach drei Minuten, das Resultat wird nach vier Veränderungsgraden beurteilt. — Bitte um Mitteilung: 1. Wie und wo besorge ich das Xanthydrolum methylicum? 2. Ist diese Methode bereits allgemein bekannt und eingeführt?

Dr. E. M. in B.

256. Ein jetzt zwölfjähriger Knabe erlitt im ersten Lebensjahre ein Kopftrauma, welchem schwere meningitische Erscheinungen folgten mit wiederholtem Erbrechen und schneller Abmagerung. Nach anscheinend völliger Heilung traten leichte (etwa eine halbe Minute dauernde) Anfälle von Bewußtseinsstörung auf, die etwa alle 8 bis 14 Tage wiederkehrten. Behandlung (unter anderem Xifalmilchinjektionen) ohne Erfolg; im Gegenteil werden die Anfälle häufiger und schwerer, gehen mit geringem Trismus einher; nach dem Anfalle starkes Schlafbedürfnis. Ist therapeutisch noch etwas zu machen? Diät? Schulbesuch? Wo kann ich hierüber nachlesen? Dr. G. in W.

257. Vor dem Kriege gab es einen „Arrheum"-Schutzapparat gegen neuralgische und rheumatische Schmerzen. Wird derselbe noch erzeugt und von wem? Dr. A. M. in S.

258. Ich leide seit Jahren an rheumatisch-gichtischen Beschwerden, die durch Badekuren gebessert wurden. Seit etwa drei Jahren Attacken von Peliosis, ausschließlich an den Unterschenkeln. Diese Attacken wiederholen sich jetzt häufiger, alle drei bis vier Wochen. Einstellung des Alkoholgenusses und Einschränkung der Fleischkost halfen nichts; geistige Überanstrengung und Aufregungen sind nicht anzuschuldigen. Bin 57 Jahre alt, stark beschäftigter Kassenarzt, bis auf mäßige Erweiterung des Aortenbogens ganz gesund; Blutdruck war früher 170, jetzt 140 bis 150; Temperatur und Harn normal. Was ist gegen die Peliosis zu tun?

Dr. W. O. in K.

259. Bitte um Literatur über die therapeutische und technische Verwertung der Uranpechblende-Rückstände, besonders über die Wirkung bei permanenter Einverleibung in den menschlichen oder tierischen Körper. Dr. P. W. in H.

260. Wer kann Auskunft geben üben die Odernthaler Augensalbe: Erzeuger, Zusammensetzung und Wirkung? Dr. T. H. in S.

261. Gibt es ein kurzes Lehrbuch für den Praktiker über die Vakzine- und Serumtherapie? Dr. P. L. in A.

262. Gibt es eine Fachzeitschrift, Fachliteratur und Spezialkurse für Sportärzte? — Ferner bitte ich um Bekanntgabe eines Lehrbuches über Kosmetik, kosmetische Massage und Massage. Dr. K. in R.

263. Gibt es einen einfachen, regulierbaren Narkosetropfer, keinen komplizierten Apparat, sondern einen etwa auf die Ätherflasche aufzusetzenden Stopfen? Dr. M. in R.

Antworten.

Ad 60. Schiffsarztstelle. Im Vorjahre habe ich eine Schiffsarztstelle gehabt und deswegen eine große Korrespondenz geführt. In ganz Europa (Italien, Deutschland, Holland und Frankreich) werden nur Landeskinder angestellt, nur in Amerika und England dürfen Ausländer aufgenommen werden; das geschieht aber sehr schwer. Dr. **O. R.** in Olovo, SHS.

Ad 84. **Zungenschmerzen.** Das flammend rote Aussehen der Zunge und des Rachens rührt vom Verlust der obersten Epithelschichte infolge Papillitis ohne entzündliche Schwellung her. Ob diese fatale Affektion, die die vitale Nahrungseinnahme in solch hohem Grad verhindert, lediglich ein isolierter Lokalprozeß oder ob Teilsymptom einer perniziösen Allgemeinerkrankung ist, könnte wohl auf Grund eingehenderer Krankenanalyse beurteilt werden. Unter den hauptsächlichsten Kausalfaktoren wäre bei der jetzt im Klimaxalter befindlichen Frau in erster Linie der Magen-(Anazidität), bzw. Intestinaltrakt in Betracht zu ziehen. Unter allen Umständen sind scharf reizende Nahrungsmittel zu vermeiden, sogar Aqu. font. wirkt hier kaustisch. Zu empfehlen ist Röhrchennahrungsaufnahme. Die üblichen Mundwässer und Pinselungen beeinträchtigen die quoad sanationem unerläßliche Neubildung einer soliden Epitheldecke. Angesichts des mit zunehmendem Kräfteverfall und Anämie einhergehenden hartnäckigen Leidens ist Arsen (Liquor Fowleri) besonders indiziert, das längere Zeit verabreicht, schnelle Hebung des sehr reduzierten Körperstatus mit gleichzeitiger subjektiver Besserung der Zungenbeschwerden zuversichtlich bringen wird.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Czernowitz.

Ad 118. Blutbeimischung bei Ejakulationen. Da die Samenblasen durch ein außerordentlich reiches Gefäßnetz, welches direkt aus den hypogastrischen Gefäßen entspringt, versorgt werden, so sind bei irgendwelchen entzündlichen oder mechanischen Störungen im Bereiche der Genitalsphäre Blutbeimengungen bei Ejakulationen möglich. Behufs einer ätiologischen Diagnose empfiehlt es sich, bei sanguinolentem Sperma zuerst entzündliche Affektionen der Samenblasen (Spermatozystitis) auszuschließen. Für letztere sprechen subjektive Beschwerden, wie schmerzhaftes Urinieren, Harndrang, von objektiven Symptomen Entleerung von Blut und Eiter mit dem Urin und häufig auch Ejakulation eines rötlichbraunen Spermas. Die vergrößerten, schmerzhaften, vom Mastdarm palpablen Samenblasen sichern die Diagnose. Nach Ausschluß einer Spermatozystitis kommen als ätiologische Momente in Betracht: sexuelle Exzesse, bei denen infolge Kongestionen minimale Blutbeimengungen zum Sperma mitunter auftreten, ebenso sexuelle Abstinenz. In letzterem Falle ist die Blutbeimengung als eine plötzliche Druckentlastung der vorher stark gefüllten Samenblasen, als eine Haemorrhagia ex vacuo, zu erklären. Auch nach Fahrrad-, besonders Motorradfahren kann infolge mechanischer Läsionen oder Hyperämie der Genitalorgane blutiges Sperma gelegentlich auftreten. Zweifelhaft erscheint es, ob Blasenblutungen auch als Ersatz für Hämorrhoidalblutungen vorkommen können. Jedenfalls pflegen Blutbeimischungen bei Ejakulationen den Patienten außerordentlich zu beunruhigen; trotzdem ist dieses Vorkommnis, abgesehen von entzündlichen Erkrankungen, ohne jede ungünstige Bedeutung. In der heutigen Zeit des ausgebreiteten Radfahrsportes kann dieses Symptom als Warner dienen, daß der Betreffende das zulässige Maß des Sportes überschritten hat. Dr. E. **Kapelusch,** Wien.

Ad 150. Keuchhusten. Die große Anzahl der beim Keuchhusten angewandten Mittel deutet auf deren Unzulänglichkeit hin. Sie sind gut, um die Geduld der Kranken und der Eltern wachzuhalten. Manche von ihnen haben tatsächlich eine lindernde Wirkung. Versuchen Sie einmal das französische Präparat „Aethone". Geben Sie hievon vier- bis fünfmal im Tage je nach dem Alter 12 bis 20 Tropfen in kaltem Zuckerwasser, bei Säuglingen weniger, überdies dreimal täglich 0.03 bis 0.05 bis 0.08 **Pyramidon, je nach** dem Alter. „Aethon" ist Triäthyläthermethan. Eine ähnliche chemische Zusammensetzung haben Chloroform und Bromoform. Diese sind aber giftig, Aethon ist ungiftig. Wenn Sie dem Kinde etwas mehr geben, so ge-

schieht ihm nichts, es schläft höchstens. Das Mittel wirkt antispasmodisch. Wird es per os nicht vertragen, so kann es per Klysma in lauwarmem Wasser gegeben werden. Die Wirkung ist gut.

Oberstabsarzt a. D. Dr. **Egyed**, Brasov.

Ad 150. Ich verwende seit zwölf Jahren ausschließlich Tussalvin von Prof. Lenzmann in Duisburg und bin sehr zufrieden damit. Zu beziehen von Bernhard Hadra, Apotheke zum weißen Schwan, Berlin C, Spandauerstraße 40. Es ist genau nach Gebrauchsanweisung zu verwenden.

Med.-Rat Dr. **Burchard**, Bückeburg.

Ad 189. An Aphthen-Ulzera habe ich seit meinen Jugendjahren sehr stark gelitten, ebenso einer meiner Brüder, keines meiner anderen Geschwister. Die Ulzera traten meistens nach Erkältungen auf, ebenso bei Magenstörungen; starkes Rauchen begünstigte entschieden die Entstehung. Manchmal folgte ein Nachschub von zwei bis drei Geschwüren dem anderen, zuweilen gab es auch einmal eine Pause von zwei bis drei Wochen. Die Geschwüre haben ihren Sitz am Zahnfleisch, an der Wangen- und Lippenschleimhaut, auf und unter der Zunge. Die letzteren sind im allgemeinen die schmerzhaftesten. Prophylaktisch läßt sich gegen das überaus lästige und besonders beim Kauen und vielen Sprechen (in der Sprechstunde) ganz außerordentlich schmerzhafte Leiden außer der Vermeidung der oben genannten Gelegenheitsursachen nichts tun. Auch die sorgsamste Mund- und Zahnpflege war in dieser Hinsicht zwecklos, ebenso die Anwendung von Adstringentien. — Als Behandlung des vorhandenen Ulkus hat sich mir immer am besten folgendes bewährt: Ein feiner, fester Holzstäbchen-Wattepinsel wird in Formalin (35% Lösung von Formaldehyd) getaucht und damit das Ulkus betupft, bzw. fest in dasselbe eingebohrt. Das ist für einige Minuten sehr schmerzhaft, aber dann ist auch alle Schmerzhaftigkeit vorbei, und das Ulkus heilt nach dieser energischen Ätzung schnell ab. San.-Rat Dr. **Gördes**, Münster.

Ad 195. Das beste Buch über Blutdruck dürfte wohl das von Gallavardin sein: „La tension artérielle en clinique, sa mesure, sa valeur séméologique", Verlag Massonet & Co., Paris 1920.

Primarius Dr. V. **Pavia**, Görz.

Ad 198. Händerötung bei Waschung. Eine ähnliche Rötung mit Juckreiz an der volaren Fläche beider Hände habe ich häufig, und zwar nur nach reichlichem Alkoholgenuß, beobachtet. Therapie: Alkohol- und Nikotinabstinenz. Dr. **La Roche**, Stettin.

Ad 198. Die Beschreibung des Krankheitsbildes ist nicht so genau, um daraus eine Diagnose stellen zu können. Wahrscheinlich handelt es sich um eine vasomotorische Störung, vielleicht um Quinkesches Ödem. Versuchen Sie Kalk (Kalzantabletten intern oder Afenil venös).

San.-Rat Dr. S. **Wahle**, Kissingen.

Ad 202. Fersenschmerzen. Es liegt doch wahrscheinlich ein geringer Grad oder beginnender Pes valgus vor, so daß gut passende Einlagen und an den „Schwielen" weiche Gummischwammunterlagen zu verwenden sind.

San.-Rat Dr. S. **Wahle**, Kissingen.

Ad 209. Fieber nach Dysenterie. Nach den geschilderten seit fünf Monaten andauernd bestehenden febrilen Temperaturen und den beschriebenen klinischen Feststellungen muß man den Schluß ziehen, daß das postdysenterische Darmgewebe noch immer morbid verändert, nicht endgültig ad normam restituiert ist. Wenn auch das Zustandsbild im vorliegenden Falle anscheinend keine objektiv wahrnehmbaren Funktionsstörungen aufweist, so besteht doch eine besondere Überempfindlichkeit des dysenterisch

erkrankt gewesenen Darmes, wobei die intestinalen Reaktionserscheinungen im Wege des krankheitsbereiten vegetativen Nervensystems zustande kommen können. Enterogene, auf dysenterischer Basis entstandene Erkrankungen haben mit wenigen Ausnahmen protrahierte Rekonvaleszenz und nicht immer glatten Heilungsverlauf. Zur rascheren lokalen Abheilung und damit erfolgenden Entfieberung empfehle ich nebst wochenlanger Verabreichung von Chinin. tannic. Bismuth. subnitr. und Salol und die subkutanen Emetininjektionen als spezifisch wirksam, die bei Ihrer Patientin nur zweimal im ganzen vorzunehmen sind.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger,** Czernowitz.

Ad 213. Ein gutes Expektorans ist Ipecopan in Tabletten (Hersteller: Augsberger-Nürnberg); in vielen Fällen mit sehr zähem Sputum bewährt sich am besten Kal. jodat. San.-Rat Dr. S. **Wahle,** Bad Kissingen.

Ad 214. Ponndorfsche Impfungen bei Varizen und Ulcus cruris sind wohl bekannt und sehr oft von schönen Erfolgen gekrönt. Ihre Anwendung gründet sich auf die Annahme Ponndorfs, daß Varizen und Ulcus cruris Folgen einer Tuberkulininfektion sind; die Tuberkuline siedeln sich im Ulcus cruris-Gebiet an und geben im Verein mit Streptokokken Veranlassung zur Entstehung chronischer Beingeschwüre. Bei ihrer Behandlung darf man natürlich den kunstgerechten Leimverband nicht außer acht lassen. — Näheres darüber in folgenden Werken: Ponndorf, „Die Heilung der Tuberkulose", Verlag Vogel in Leipzig — und besonders: Clasen, „Varizen-Ulcus cruris", Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien.

Dr. L. **Lisiecki,** Ruda, Polen.

Ad 216. Sodbrennen und linke Seitenlage. Ich beobachtete dieselbe Erscheinung, daß Sodbrennen in linker Seitenlage sofort aufhört, in rechter aber bedeutend stärker wird. Das Sodbrennen bessert sich auch bei starker Reduzierung der Flüssigkeitsaufnahme, was vielleicht auch mit obiger Erscheinung im Zusammenhang sein dürfte. Ich erkläre mir beide Erscheinungen auf mechanischem Wege, so daß zum Teil die Lagerung des Mageninhaltes (gegen Fundus oder Pars pylorica), respektive die Höhe des Flüssigkeitsspiegels einen Reiz auf die Säureproduktionszellen des Magens ausübt oder dadurch die Empfindung des Sodbrennens ausgelöst wird. Dr. K. **Pollak,** Assistent, Wien.

Ad 219. Tetanusserum. Ich habe im Felde und nach dem Kriege in vielen hunderten prophylaktischen Tetanusseruminjektionen nie unangenehme Zwischenfälle erlebt. Vielleicht sind Sie in einen größeren Nerven geraten oder war das Serum verdorben.

San.-Rat Dr. S. **Wahle,** Bad Kissingen.

Ad 221. Bei **Skrofuloderma** ist ein Versuch mit Ponndorf-Impfungen empfehlenswert trotz aller berechtigten Skepsis gegen eine Verallgemeinerung der Ponndorf-Methode.

Dr. **Süßdorf,** Heilstätte Sorz bei Adorf.

Ad 221. Wenn die Spitzentuberkulose stationär ist und zirrhotischen oder nodosen Charakter zeigt, keinesfalls exsudativ sein darf, so wäre bei dem genannten 42jährigen Patienten mit Skrofuloderma unbedingt die Tuberkulovakzine-Tebezin der „Biopharma" in Wien zu versuchen. Ich kann Sie versichern, daß Sie mit keinem Mittel auch nur annähernd so gute Erfolge sehen werden. Mit Konzentration III beginnen, anfangs 0.20, alle vier Tage steigend um 0.10, bis zur Gesamtdosis von 2 cm³, und diese drei- bis fünfmal wiederholen. Bei dieser Behandlung glaube ich Sie versichern zu können, daß keine Rezidive mehr auftreten werden.

Dr. O. **Leonhard,** Mühlbach, Rumänien.

Ad 221. Es ist unbedingt zu einer Behandlung mit Röntgenstrahlen zu raten. Unter den tuberkulösen Hautaffektionen reagiert das Skrofuloderma besonders gut auf Röntgenstrahlen; auch Rezidive verschwinden, eventuell nach Wiederholung der Behandlung in mehrwöchentlichen Intervallen. Dr. **Frey**, Königsberg.

Ad 221. Wenn Sie den 42jährigen Steinmetz durchleuchten, so werden Sie eine Anthrakose in des Wortes ursprünglicher Bedeutung bei ihm finden. Das Skrofuloderma des Halses im Anschlusse an Drüseneiterung ist ja natürlich nur eine Metastase. Die Anthrakose wird er mit ins Grab nehmen; bekanntlich stehen Steinhauer in der höchsten Mortalitätsklasse. Wenn es sich in der Spitze nicht um eine exsudative Tuberkulose handelt, so hätte eine vorsichtige Alttuberkulinkur wohl Erfolg. Das Skrofuloderma und die Drüsenerkrankung können Sie aber mit keinem Mittel so erfolgreich bekämpfen wie mit Eatan (Eatinonwerke, München). Machen Sie aber den Patienten darauf aufmerksam, daß die zur Zeit etwa bestehenden Fisteln zuerst zu größerer Sekretion angeregt, nach vier bis sechs Wochen aber wesentlich zurückgehen werden. Zudem wird das Eatan mit seinen Aminosäuren und seinen innersekretorischen Stoffen eine erhöhte Magensekretion, mit anderen Worten ein ganz beträchtliches Appetitgefühl, bringen und damit den Allgemeinzustand bedeutend verbessern. Dr. **Linnekogel**, Pforzheim.

Ad 223. Angina. In einem frischen Falle von Angina Plaut-Vincenti ulcerosa mit reichlicher Flora von Spirillen und fusiformen Stäbchen sah ich bei einem 20jährigen Mädchen innerhalb drei Tagen vollständige Reinigung der Ulzera durch tägliches Pinseln derselben mit folgender, von Citron angegebener Lösung: Rp. Neosalvarsan 0.15, Adde Aqu. dest. qu. s. ad solutionem, Glycerini 5.0. M. S.: Zuhanden des Arztes. — Bei hartnäckigen Fällen wäre der Versuch mit Neosalvarsan 0.45 intravenös zu machen. Der Erfolg soll frappierend sein.
Med.-Rat Dr. K. **Mohilla**, Wien.

Ad 223. Fälle, die von geübten Ärzten als Diphtherie diagnostiziert worden waren, ohne daß ein positiver Diphtheriebazillenbefund erhoben werden konnte, können luetischer Natur sein, wie Rosenbaum („Diphtherie und syphilitische Rachenerkrankungen", M. Kl. 1925, Nr. 29, S. 1081), der sechs solcher eigener Beobachtungen mitteilt, eingehend schildert.
Medizinisch-literarische Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 228. Nierenbeckenleiden. In einem ähnlichen Fall von chronischer Nierenbeckenentzündung dunkler Ätiologie (im Sediment Eiterkörper und verschiedene Kokken und Stäbchen), wobei die interne Therapie vollkommen im Stiche ließ, war mit Neutraltrypaflavin intravenös (0.20 in steriler Lösung von 10 cm³ Wasser) mit drei bis vier Injektionen vollkommene Heilung erzielt worden. Die Injektionen sind ungefährlich, machen gar keine Reaktion. Literatur und Bezug durch Leopold Cassella, Frankfurt a. M. Dr. O. **Leonhard**, Mühlbach, Siebenbürgen.

Ad 229. Zyklothymie. Diese Dinge hängen zweifellos mit dem noch viel zu wenig studierten, stets wechselnden Tonus der Sexualorgane zusammen (in- und exkretorischer Tonus laufen ja hier parallel). Als krassestes Beispiel diene das „zerschlagene" Aufwachen nach einer Pollution. Aber auch sonst sind sicher alle „Stimmungen" in höchstem Maße von diesem Tonus abhängig. Im Zusammenhang damit steht auch das unfrische Erwachen, wenn abends beim Einschlafen statt der notwendigen körperlichen nur geistige Ermüdung vorhanden war. Therapie also: regelmäßige hygienische Lebensweise, vor allem sexuelle Regelmäßigkeit, viel Leibesübungen, besonders abends, Zeitdistanz zwischen letzter Mahlzeit

und Einschlafen zwei bis drei Stunden. Als Leibesübung ist das schwedische Turnen sehr zu empfehlen, aber natürlich nicht immer durchführbar.

Dr. W. **Neumann**, Wien.

Ad 230. Kontraktur nach Humerusfraktur. Nach vorliegender Schilderung scheint es sich um eine ischämische Kontraktur zu handeln, die zu dem leider klassischen Bild der Klauenhand geführt hat. Die Ursache der ischämischen Muskellähmung ist noch nicht genügend geklärt, doch scheinen abschnürende Verbände mit Druck in der Ellenbogenbeuge eine ursächliche Rolle zu spielen. Eine Haftpflicht kommt nur dann in Frage, wenn es an der pflichtgemäßen Obsorge gefehlt hat. Durch Anwendung von Massage, Elektrizität, fleissige aktive und passive Bewegungen ist noch Besserung zu erwarten. In hartnäckigen Fällen kommt Sehnenverpflanzung in Betracht.

Dozent Dr. J. **Hass**, Wien.

Ad 230. In der Literatur werden Fälle zitiert, wo die habituelle Subluxation des N. ulnaris zu Lähmungen führt, das heißt wo eine abnorme Verschiebung des N. ulnaris schon Schädigungen veranlaßt; umsomehr führt eine Fraktur des unteren Humerusdrittels zu solchen Komplikationen, wobei Kallusmassen sicherlich eine Ursache sein dürften, durch Druck auf den Nerven oberhalb der Kondylen, indem sie ihn vielleicht auch einschließen. Inwieweit hier auch arthrogene Inaktivitätsatrophie eine Rolle spielt, läßt sich aus den Angaben mit Sicherheit nicht erschließen; doch die Angabe, daß das Gelenk nicht völlig gestreckt werden kann, spricht für Ankylose. Das Röntgenbild meldet nichts von Kallus; da jedoch in der Literatur schon durch bloße, brüske Drehungen entstandene Ulnarisparesen bekannt sind (Hämatom im Nerven), so ist dieser Umstand auch zu berücksichtigen, so daß Schädigung durch den Verband allein nicht sehr wahrscheinlich ist. Prüfung auf galvanische und faradische Erregbarkeit, Entartungsreaktion. Prognose bei bloßer Druckschädigung günstig. Durch Kallus bedingter Schaden ist nur chirurgisch zu behandeln. Sonst lang fortgesetzte Galvanisation des N. ulnaris, Faradisation der Handmuskeln; aktive und passive Mechanotherapie, Bewegungsbäder.

Dr. L. **Isler**, Wien.

Ad 232. Lungentbc. und Anthrakose. Zu der Frage Lungentuberkulose und Anthrakose und deren Antwort durch die Redaktion möchte ich auf meine bei J. F. Lehmann in München im August d. J. erschienene Abhandlung „Die Behandlung der Tuberkulose mit Kalzium-Silizium" usw hinweisen, in der es auf Seite 41 heißt: „Bäumler (M. m. W. 1909, Nr. 10) sprach sich auf dem oberrheinischen Ärztetag in folgender Weise aus: „Überhaupt scheinen die pneumokoniotischen Vorgänge in den Lungen auf den Verlauf einer gleichzeitig vorhandenen Lungentuberkulose gerade durch die Neigung zur Bindegewebsbildung und Induration eher einen günstigen als einen ungünstigen Einfluß zu haben." Auf Seite 47 zitierte ich Seltmann, der nach ausführlichen Bemerkungen über Anthrakosis sagt: „Ganz anders, und zwar günstig ist die Wirkung des Kohlenstaubes bei Tuberkulose. Die Seltenheit dieser Krankheit, auch bei den jüngsten Arbeitern, noch mehr die außerordentliche Seltenheit und der äußerst langsame Verlauf der Phthisis bei Arbeitern, die das 20. und 30. Jahr überschritten, läßt kaum Zweifel darüber aufkommen. Ja, diese Ansicht steht für einzelne Autoren so fest, daß sie bei Tuberkulose überhaupt die Einatmung des Kohlenstaubes empfehlen und auch anwenden." — Es geht aber nicht an, die Einatmung von Kohlenstaub mit der von Kalkstaub zu identifizieren, denn bei Kalzium handelt es sich um effektive Resorption durch die Gewebssäfte, um einen arteigenen Stoff; und bei Calcium sulfuricum um die wichtige Schwefelkomponente. Diese Stoffe sind, wie die Forschungen des letzten Jahrzehnts ergeben haben, im Körper des Tuberkulösen in ganz ungenügender Menge vorhanden. Die Zufuhr von Calcium-

sulfuricum hebt in kurzer Zeit den Kalkblutspiegel und die Siliziumgaben — natürlich in löslicher Form — sind Bindegewebsbildner katexochen. Die Redaktion ist also nicht ganz im Recht, wenn sie diese Beobachtungen „mit großer Reserve" entgegenzunehmen empfiehlt, denn Forscher wie der Pathologe Rössle, der Kliniker Kühn, der Pharmakologe Kobert u. a haben diese Frage in gewissenhaftester Weise studiert und sich mit ihrer ganzen Persönlichkeit dafür eingesetzt. Ich verweise auch auf die Arbeit von Kühn in der M. m. W. 1925, Nr. 38. Dr. **Linnekogel**, Pforzheim.

Ad 232. Die geringe Verbreitung der Tuberkulose unter den Kohlenbergleuten ist in der Literatur schon lange bekannt. Cf. Frey, „Kohlenbergbauarbeiter" in: Grotjahn-Kaup, Hd. d. soz. Hyg. Leipzig 1912, Bd. 1, S. 637 ff. — Benjamin, „Die Tuberkulosesterblichkeit der Bergarbeiter im Ruhrgebiet vor, in und nach dem Kriege", Zschr. f. Infektionskrankh. 1925, Bd. 104, S. 224. — Leeser, „Über die Ursachen der geringen Verbreitung der Lungentbc. unter den Bergleuten." Ibid. S. 213. — Boehme, „Die Staubkrankheit der Bergarbeiter im Ruhrkohlengebiet", Ztrbl. f. Gewerbehyg. 1925, Nr. 3 u. a. m.

Medizinisch-literarische Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 232. Prof. Kühn-Rostock („Behandlung der Lungentbc. mit Staubinhalation", M. m. W. Nr. 38, 1925) spricht von der immunmachenden Wirkung des Kohlenstaubes; sein Lungenpulver enthält 15% Kohle. Dort findet sich die weitere Literatur angegeben.

Dr. A. **Blome,** Bassum b. Bremen.

Ad 232. Daß bei Kohlenbergwerksarbeitern Tbc. nur in geringem Maße vorkommt, ist doch eine auch ärztlicherseits längst anerkannte Tatsache. Eine entsprechende Erklärung habe ich allerdings noch nirgends gefunden; meines Erachtens kommt wohl hier eine Teer-, bzw. Kreosotwirkung in Frage. Stabsarzt a. D. Dr. W. **Liebig,** Bad Bibra.

Ad 232. Während meiner zweijährigen Assistentenzeit am Knappschaftslazarett Sulzbach-Saar kamen dort viele und zum großen Teil schwere Fälle von Lungentuberkulose zur Behandlung. Diese Krankheit galt dort allgemein, auch in Kollegenkreisen, als eine typische Bergmannserkrankung. Ich selbst fand später bei Vertretungen von Knappschaftsärzten zahlreiche Fälle von Lungentuberkulose.

Dr. **Petsch,** Idstein/Taunus

Ad 232. Ich bekenne mich als Anreger der Frage 232. Seither ist in der M. m. W. Nr. 38 d. J. eine Arbeit von Prof. A. Kühn in Rostock erschienen, betitelt „Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Staubinhalation". In dieser Arbeit weist der Autor auf die Tuberkuloseimmunität der Arbeiter in Kohlenbergwerken und Porzellanfabriken und auf die so häufige Ausheilung der an Lungentbc. leidenden und in solchen Betrieben beschäftigten Arbeiter hin. Er gibt auch ein von ihm zusammengestelltes Lungenpulver an, das aus Kalk 70%, Kieselsäure 10%, Kohle 15%, Eisenoxyd und Tonerde 5% besteht und jeden Morgen mit Hilfe eines Trockeninhalators mehrmals tief eingeatmet wird. Der Inhalator ist zu beziehen von Wachenfeld & Schwarzschild in Kassel, das Lungenpulver aus der Bismarckapotheke in Rostock. Sollten sich die Angaben des Herrn Professor Kühn, die Erfahrungen der Bruderladenärzte und meine Beobachtungen in der Praxis bewähren, so müßten wir praktischen Ärzte bei dem heutigen unbefriedigenden Stand der Therapie der Lungentbc. darauf dringen, daß die Lungenheilanstalten diese Therapie einführen und zweckentsprechend ausbauen. Med.-Rat Dr. H. **Beer,** Wien.

Ad 232. Prof. Dr. Kühn (Rostock) verweist uns auf seine Arbeiten in der M. m. W. Nr. 38, 1925, sowie in den Beitr. z. Klin. der Tbc. Bd. 57 und 60, die wir in diesem Hefte (S. 543) referieren. **Die Red.**

Ad 233. Der Lichen urticatus ist ein Symptom der exsudativen Diathese. Therapeutisch ist vor allem jegliches Vermeiden einer Mästung, ob Fett-, Kohlehydrat- oder Eiweißmast, im Auge zu behalten. Ein Aufschießen der Lichen-Effloreszenzen findet sich als Initialsymptom jeder Gesundheitsstörung, in welchen Sphären immer (Schnupfen, Infektionen aller Art, Darmstörungen). Im einzelnen Falle läßt sich öfters auch eine idiosynkrasische Reaktion auf irgendein Nahrungsmittel (Eier, Fisch, Fleisch, gewisse Gemüse) finden. — Von internen Mittel habe ich öfters einen günstigen Einfluß von einer zwei- bis dreiwöchigen leichten Karlsbader Kur (100 g Mühlbrunn, auf nüchternen Magen, lauwarm, durch Zucker oder Sirup gesüßt, eine halbe Stunde darauf erste Mahlzeit) gesehen. Symptomatisch juckreizmildernde Salben, Teer, Anthrasol, adstringierende Bäder (Eichenrinden, Tannin). Dozent Dr. R. **Neurath,** Wien.

Ad 235. Eine Typhusmortalität von 20% unter Vakzinierten ist mir weder aus eigener Erfahrung noch aus der Literatur bekannt. Über schwere, sogar letale Erkrankungen trotz zwei bis drei Monate vorher stattgehabter lege artis durchgeführter Schutzimpfung liegen nicht nur vereinzelte Mitteilungen vor. Jedenfalls darf der Wert der Schutzimpfung bei Typhus nicht überschätzt werden. Insbesondere scheinen unterernährte, herabgekommene Individuen infolge Unfähigkeit, die nötigen Schutzstoffe auf die Vakzination hin zu bilden, nicht nur nicht immunsierbar zu sein, sondern sogar häufig auf die Vakzination mit einer schwereren Typhuserkrankung zu reagieren. Hinsichtlich Literatur verweise ich besonders auf Friedberger (Ztschr. f. Immunitätsf. u. experim. Ther. Bd. 28, 1919), Hünermann im Bericht des Kongresses deutscher Ärzte in Warschau 1916.

Primarius Dr. G. **Morawetz,** Wien.

Ad 236. Preglsche Jodlösung bei Alveolarpyorrhoe empfiehlt Lubowski (D. zahnärztliche Wschr. 1922, Nr. 22/23, S. 624 u. Nr. 47, S. 574) in folgender Form: zuerst sorgfältige Entfernung des Zahnsteines, Säuberung und Glättung der Zähne, dann Injektionen mit der zehnfach verstärkten Presojodlösung („Septojod“), die in Ampullen mit 1 und 2 cm^3 hergestellt wird; um die Schmerzhaftigkeit auszuschalten, empfiehlt L. folgendes Verfahren: Zuerst wird ein Viertel der Spritze mit 2%igem Novokain gefüllt, dann in die übrigen drei Viertel der Spritze Preglsche Lösung aufgezogen; hat man das Anästhetikum zuerst in die Spritze aufgezogen, dann ist die Injektion schmerzlos; sie wird ringsherum um die Zähne in das Zahnfleisch gemacht, bei stärkerer Sekretion auch noch 1 cm^3 in die Umschlagsfalte an mehreren Stellen; je nach der Schwere des Falles vier- bis fünfmal in Abständen von vier bis fünf Tagen, dann alle acht Tage, eventuell noch mehrere Monate (jeden Monat einmal); daneben Mundpflege (Massage mit Gingifixpaste, mehrmals täglich Spülungen mit Preglscher Lösung, 1:3 der einfachen Lösung).

Medizinisch-literarische Zentralstelle, Berlin W 15.

Ad 236. Zur lokalen Behandlung der Alveolarpyorrhoe nehme ich den fast vergessenen Spiritus cochleariae: weiche Zahnbürste ins Wasser stecken, ausschwenken, darauf etwas Spiritus cochleariae und mit der Bürste Zahnfleisch und Zähne in senkrechter Richtung mehr abwischen als putzen. Gleichzeitig impfe ich aber mit Ponndorf B, da die örtliche Behandlung allein kaum zum Ziele führt.

Med.-Rat Dr. **Burchard,** Bückeburg.

Ad 236. Bei der wenig aussichtsreichen Prognose der Therapie der Alveolarpyorrhoe verdient schließlich jede Behandlungsmethode Beachtung, wenn sie eine klinische oder experimentelle Begründung besitzt. Presojodinjektionen, die bei der Granulomtherapie Gutes geleistet zu haben scheinen,

können auch bei der Alveolarpyorrhoe versucht werden. Zur Schmerzbetäubung nehmen Sie zweckmäßig nach dem Vorschlage von Schröder eine „Mischspritze“: 1 cm³ Presojod und 1 cm³ 2% Novokain-Adrenalingemisch in eine 2 cm³-Spritze aufgezogen und dann fazial und lingual injiziert. Aussichtsvoll scheint auch die Vakzinotherapie der Alveolarpyorrhoe nach Goldenberg (Pasteur-Institut, Paris) zu sein. Die betreffende Vakzine „Inava B“ wird vom „Inava, Institut National de Vaccinotherapie, Suresnes (France), 26. rue Pagès“, erzeugt. Dr. H. **Allerhand**, Lemberg.

Ad 236. Nach sorgfältiger Entfernung des Zahnsteins mit den Instrumenten nach Jounger mache ich je nach der Schwere des Falles wöchentlich ein bis zwei Presojodinjektionen in das Zahnfleisch (eine halbe Pravazspritze Presojod in den käuflichen Ampullen plus eine halbe Spritze 2% Novokainlösung; ohne Zusatz von Novokain sind die Injektionen sehr schmerzhaft). Meine Erfolge mit dieser Behandlung bei Alveolarpyorrhoe sind sehr gute. Dr. **Mayer**, Facharzt f. Zahn- u. Mundkr., Stuttgart.

Ad 239. Phlebitis traumatica. Nach der Schilderung scheint eine chronische Elephantiasis des Beines vorzuliegen, die mit den vorausgegangenen Injektionen — wenn überhaupt — so nur einen geringen Zusammenhang hat. Eine symptomatische Behandlung wird kaum eine Heilung bringen. Von Operationen kommt am ehesten streifenförmige Exzision der subkutanen Faszie zur Drainage des subkutanen Raumes nach dem Vorschlage von Payr in Frage. Prof. Dr. H. **Finsterer**, Wien.

Ad 239. Wenn die Affektion alt ist, erfordert sie Geduld und ist auf konservativem Wege oft erst in etwa eineinhalb Jahren heilbar. Intern empfehlen sich Diuretika in steigender Dosis; Scillaren in mittleren Dosen leistet Gutes, sofern es indiziert ist. Lokal ist in erster Linie eine „Senfkur“ anzuwenden und individuell anzupassen (sorgfältige Schonung von Haut, Nieren und Herz). Dann folgen „Resorptions-Trockenverbände“ mit kräftiger Deckbinde aus Wolltrikot, 5 m lang und 10 cm breit. Nach vier bis fünf Resorptionsverbänden ist die Senfkur eventuell zu wiederholen. Die Wolltrikotbinde ist tagsüber andauernd zu tragen. Schließlich zweimal täglich Kampfereinreibungen von unten nach oben.

Dr. A. **Henggeler**, Rorschach (Schweiz).

Ad 241. Saluskur. Das Verfahren Greithers besteht in der Zufuhr gewisser „Nährsalze“ (besonders Kalium), Disziplinierung der Diät (unter anderm „Fletschern“), Entlastung des Darmes und Regelung des Stuhlganges durch Einnehmen von Paraffin. Es geht, kurz gesagt, auf Beseitigung der „intestinalen Autointoxikation“ aus. Die berichteten Erfolge beruhen auf Wahrheit. (Man kann, wenn man sich darauf versteht, durch Rohkost das Gleiche erzielen.) Leider haben sich Kurpfuscher des Verfahrens bemächtigt, wie es bekanntermaßen schon mit mancher Methode gegangen ist, die die Ärzte glaubten verachten zu müssen.

Dr. H. **Balzli**, La Croix (Cote d'Azur).

Ad 242. Pruritus bei Ikterus. Ein mitunter sehr wirksames symptomatisches Mittel gegen Hautjucken ist Heliobrom, das in alkoholischer Lösung zum Betupfen verwendet wird. Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 242. Prof. R. Schmidt (Prag) empfiehlt intramuskuläre Injektion von Proteinkörpern, insbesondere von Hypertherman der Sächsischen Serumwerke. **D. Red.**

Ad 243. Arteriosklerose und Genuß von Rinderhirn. Die Anfrage ist wohl auf die in der Literatur bekannte Tatsache zurückzuführen, daß Kaninchen bei übermäßiger Fütterung mit Cholesterin eine Aortenerkrankung zeigen, die der menschlichen Arteriosklerose zu entsprechen scheint. Es scheint auch richtig zu sein, daß gewisse Gifte, ferner Dyspnoe, Überanstrengung usw. Cholesterin aus den Geweben zu mobilisieren vermögen

und zu Hypercholesterinämie führen, sowie daß hiebei öfters arterioskleroseartige Veränderungen an den Gefäßen beobachtet wurden. Vermehrung des Cholesterins im Blute bedeutet aber schon an und für sich keine Bedingung für das Zustandekommen einer Arteriosklerose; denn in Fällen von schwerem Diabetes besteht oft jahrelang hochgradige Cholesterinvermehrung im Blute ohne irgendein Zeichen von Arteriosklerose. Ebenso findet sich in der Schwangerschaft immer ein sehr hoher Wert von Blutcholesterin, natürlich auch keinesfalls in irgendeiner Beziehung mit dem Auftreten einer Arteriosklerose. Es ist wohl auch wahrscheinlich, daß die Vermehrung des Blutcholesterins, die sich oft als Begleiterscheinung bei Arteriosklerose findet, sekundär dadurch bedingt ist, daß der Stoffwechsel in der Richtung verschoben ist, daß eine Cholesteatose der Gefäßwand besteht, und daß die F o l g e davon das Plus an Cholesterin im Blut ist. — Die Folgen der ganz übermäßigen Cholesterinfütterung bei einem Pflanzenfresser, wie beim Kaninchen, dürfen keineswegs als Beweis für das Verhalten des Menschen gegenüber größerer Cholesterinzufuhr angesehen werden. Darum liegt gar kein Grund dafür vor anzunehmen, daß das Essen von Rinderhirn zu Arteriosklerose führen könnte. Daß Rindshirn anders wirken sollte als Kalbshirn, ist ausgeschlossen. Rindshirn ist fast genau so zusammengesetzt wie Kalbshirn und hat nur um etwa 3 oder 4% weniger Wasser. In bezug auf den Cholesteringehalt bedeutet dies um so weniger einen Unterschied, als Rindshirn noch wesentlich schlechter ausgenützt wird. Was nun den Cholesteringehalt des Hirns überhaupt betrifft, so beträgt dieser wohl etwa 1 bis 2%. Wegen der schlechten Ausnützung des Hirns (sie ist nur etwas besser, wenn dieses fein passiert und mit Ballastkost fein verteilt wird!), von dem etwa 60% in den Kot gehen, könnten ohnedies kaum mehr als etwa 0.5 bis 1% des genossenen Hirns als Cholesterin resorbiert werden. Da aber Milch 0.3 bis 0.5% Cholesterin enthält und daher die von vielen Leuten täglich und in beträchtlichen Mengen genossene Milch ganz ungleich größere Cholesterinmengen dem Körper zuführt, ohne daß es wohl jemals jemandem eingefallen wäre, Milch als ein Arteriosklerose begünstigendes Nahrungsmittel anzusehen, ergibt sich wohl von selbst, daß es keinen Menschen geben wird, der imstande sein dürfte, in Form von Rindshirn solche Mengen von Cholesterin zuzuführen, ohne sich schwer den Magen zu verderben oder gräßlichen Widerwillen vor Rindshirn zu bekommen, daß er nur durch 14 Tage annähernd so viel an Cholesterin damit zuführen würde wie der Durchschnitt der Milch und Milchkaffee trinkenden Menschen. Ganz abgesehen davon, daß wir nicht wissen, ob überhaupt hohe Cholesterinzufuhr beim Menschen Arteriosklerose wie beim Kaninchen erzeugen könnte (Versuche mit therapeutischer Anwendung hoher Cholesteringaben sprechen entschieden nicht dafür!), sind die im Hirn einem Menschen chronisch zuzuführenden Colesterinmengen jedenfalls nicht annähernd so groß, wie jene, die der Säugling und das Kind oder etwa gar der Erwachsene bei Milchdiät erhält. Ja, sie reichen kaum an jene Mengen heran, die ein einigermaßen ausgesprochener Liebhaber von Milch und Milchkaffee jahrelang zu sich nimmt. Daß Lezithin oder überhaupt Phosphatide, die einen Hauptteil der Trockensubstanz des Hirns bilden, etwa Arteriosklerose begünstigend wirken könnten, ist wohl nach allem, was wir wissen, unbedingt von der Hand zu weisen. Der Gehalt an Purinen liegt im Hirn etwa zehnmal niederer als im Bries und dreimal niederer als in Niere oder Leber. Dazu kommt noch die schlechte Ausnützung der Hirnnahrung. Sollte man also in den Hirnpurinen Schädlinge sehen wollen, so ist auch ein solcher Zusammenhang nicht zu konstruieren. Dafür einen Arteriosklerose begünstigenden Einfluß der Hirnspeisen anzunehmen, fehlt somit jeder Grund. Allerdings soll bei dieser Gelegenheit

nicht unterlassen werden, der alten Fabel, daß Hirn eine besonders „leichte Krankenspeise von hohem Nährwert" sei, nachdrücklich entgegenzutreten.
Prof. Dr. A. **Durig,** Wien.

Ad 247. Stillen und Gravidität. Zum Abstillen während einer neu eintretenden Gravidität wird man nur dann raten, wenn die Mutter durch die doppelte Beanspruchung zu sehr geschwächt wird. Bei einem Teil der Frauen kann zweifellos eine neu eintretende Schwangerschaft zu einem Rückgang der Milchproduktion führen, andere wieder nähren ungestört weiter ohne Schaden für sich, für den Säugling oder den Fötus, ohne daß eine Gefahr des Aborts oder der „Vergiftung" bestünde. Nicht alle Geburtshelfer teilen diesen Standpunkt. Dozent Dr. E. **Nobel,** Wien.

Ad 248. Die Duodenalsondierung ist sicher eine von jedem Arzt leicht auszuführende Prozedur. Referent hat sie selbst unzähligemal ausgeführt und hat auch reichlich Klysmen analog der Vorschrift von Jutte, zum Teil schon viele Jahre vor dessen Publikation, verabfolgt. Worin man Jutte nicht beistimmen kann, ist nur die Tatsache, daß in allen Fällen in 15 bis 20 Minuten ein Duodenalklysma verabfolgt werden kann. Es gibt solche Patienten, es ist aber weitaus die Minderzahl, bei denen das Ende der Sonde so schnell ins Duodenum gelangt. Bei einem sehr großen Teil der Fälle muß man, auch wenn man vor der Einführung der Duodenalsonde Speisesoda verabfolgt hat, oft eine Stunde oder länger warten, bis gelbgalliges Sekret der Sonde entströmt. Nur dann hat es einen Sinn, die Duodenalinfusion vorzunehmen. Wenn man Zeit hat, so kann man natürlich ruhig, während man eine Reihe anderer Patienten ambulatorisch behandelt, in einem weiteren Raum eine Duodenalsondierung durchführen. Übrigens ist in letzter Zeit von Allard in Hamburg die Methode zur Abtreibung von Gallensteinen verwendet worden, und auch ich selbst habe mehrfach Abgang von Gallensteinen bei Ikterischen nach der Duodenalsondierung gesehen. Es gibt jedoch Fälle, wo ein sichtbarer Erfolg nicht eintritt. Eine Sonde, wie die von Jutte angegebene, ist heute in den meisten medizinischen Warenhäusern und also auch überall in Deutschland erhältlich. Dozent Dr. S. **Bondi,** Wien.

Ad 250. Speichelfluß. Das Alter legt den Gedanken nahe, daß es sich um einen Speichelfluß als Symptom arteriosklerotischer Herde im striären System handeln könnte. Besteht wohl auch „seniler" Tremor? Etwa auch „Salbengesicht"? In diesem Falle könnte von den bei Morbus Parkinson bewährten Mitteln Erfolg erwartet werden: Skopolamin in Pillen, mit einem Dezimilligramm beginnend und vorsichtig steigend (Aufregungszustände!), Parathyreoidea, beides eventuell auch subkutan. Auch die ganze Gruppe der bei Arteriosklerose üblichen Präparate kommt in Betracht: Theobrominverbindungen, Strophantus, Sklerolsyrup, Animasa, Subtonin B, Extrait de gui usw. Prof. Dr. M. **Sternberg,** Wien.

Ad 256. Anfälle nach Enzephalitis. Es handelt sich um einen typischen Fall von Epilepsie nach Enzephalitis. Ist Luminal schon versucht worden (ein- bis zweimal täglich 0.1, allenfalls mit Brompräparaten 1 bis 2 g)? Auch Epileptol-Rosenberg (dreimal täglich 15 bis 25 Tropfen plus 0.1 Luminal abends) wäre zu versuchen. Diätetisch: salzarme Kost (wenig Fleisch, wenig Salz, also vorwiegend lakto-vegetabil). Bezüglich späterer Beschäftigung wäre vor allem eine solche in der Landwirtschaft zu empfehlen. Möglich übrigens, daß die Anfälle im späteren Alter wieder verschwinden. Jedes größere Lehrbuch der Neurologie (z. B. Oppenheim) oder Monographie über Epilepsie (z. B. Binswanger) klären über den Fall auf. Prof. Dr. E. **Redlich,** Wien.

Medikamente.

Cardiazol = Pentamethylentetrazol, ist ein neues wasserlösliches Präparat, dessen Wirkung im Prinzip der des Kampfers ähnelt, das aber sowohl bei venöser als subkutaner Applikation nach Hemmerling (Med. Klinik, Düsseldorf) stärker als Kampfer wirkt. Es bessert Herztätigkeit und Atmung und regt das zentrale Nervensystem an. Bei Angina pectoris wirkt Cardiazol spasmolytisch. Eine Ampulle (= 1 cm^3) enthält 0.1 g Cardiazol. Ein- bis zweistündliche Einspritzungen brachten selbst durch zwei Tage hindurch fortgesetzt keine Schädigungen. — Erzeuger: Chem. Fabrik Knoll A.-G. in Ludwigshafen. (D. m. W. Nr. 39, 1925.)

Die **Helfenberger Kalkkeks und Kalkschokolade** bezeichnet Schloßmann (Düsseldorf) als die angenehmsten Mittel zur Kalktherapie, namentlich für die Kinderpraxis. Sie enthalten Calc. citr. in reinster Form, das den Kalkspiegel im Blute ebenso erhöht wie das Chlorkalzium. (Kl. W. Nr. 26, 1925.)

Leptormon (Dr. Laboschin A.-G., Berlin NW. 21), ein Extrakt aus Thyreoidea, Hypophyse und Keimdrüsen, mit Zusatz von Kalk und Digitalis, fanden Doz. E. Blumenfeld und B. Kastan (Med. Klinik Prof. Kraus, Charité, Berlin) sehr wirksam, ohne zu schaden, zur Unterstützung von Entfettungskuren. Man verwendet zu einer Kur die Dosierungen I bis IV der fertigen Ampullen; drei Injektionen wöchentlich, im ganzen zwölf Injektionen (subkutan oder muskulär, völlig schmerzlos). Durchschnittliche Gewichtsabnahme 1 kg pro Woche. Keinerlei Störungen, im Gegenteil Besserung von Tachykardie, Extrasystolien, postklimakterischer Hypertonie usw. Vorsicht bei Hyperthyreoidismus. Gleichzeitig milde Diätvorschrift, mäßige Flüssigkeitszufuhr (¾ l pro die). (M. Kl. Nr. 8 und 22, 1925.)

W. Nußbaum (Berlin) sah energische Wirkung ohne Schädigung namentlich bei vorwiegend ovariogener Adipositas (Ovarektomie, Klimakterium usw.). Neben den Injektionen wurde dreimal täglich eine Leptormontablette verordnet; außerdem pro Woche ein Obst- und ein Milchtag. Gewichtsabnahme in vier Wochen 12 bis 15 Pfund. (D. m. W. Nr. 23, 1925.)

Oriol, ein antiphlogistisches Pflanzenpräparat, ist aus den frischen Säften pharmakologisch bekannter Pflanzen nach einem besonderen Verfahren gewonnen, durch welches bestimmte thermolabile und alkoholunbeständige Eiweißverbindungen als beständig erhalten werden. Das Präparat zeigt in Verbindung mit seiner hyperämisierenden Salbengrundlage spezifisch antiphlogistische Eigenschaften, die der antiphlogistischen Wirkung der Teerprodukte insofern überlegen sind, als sie die unangenehmen, nicht erwünschten Reizerscheinungen der Teernebenbestandteile ausschließen. Doz. Schauenstein berichtet über Heilungen in überraschend kurzer Zeit, die er bei akuten und subakuten Adnexentzündungen, peri- und parametritischen Exsudaten mit Oriol erzielt hat. In gleicher Weise beobachtete Dr. Sahler an der II. Wiener Frauenklinik bei 22 Fällen günstige Erfolge. Außerdem wird das Mittel auch bei entzündeten Hämorrhoidalknoten sowie bei einer Reihe anderer Entzündungsprozesse angewendet wie Furunkel, Mastitis, Prostatitis. Nicht zu verwenden ist es aber bei malignen Neoplasmen sowie bei Hauterkrankungen, wie Ekzemen und Pruritus, wo es infolge seiner hervorragend hyperämisierenden Eigenschaften kontraindiziert ist. Das Präparat kommt in folgenden Formen in den Handel: Globuli vaginal., Suppositorien und Salbe. Erzeuger: Austro-Galenus, Graz.

Taumagen (Firma Rosenberg, Freiburg i. Br.), ein Jod-Arsenpräparat, brachte nach E. Hruby (Wien) Dauerheilung in einem schwersten Fall von Asthma bronchiale, der nur durch Adrenalin und große Dosen Theobromin hatte gelindert werden können. (W. m. W. Nr. 28, 1925.)

Tebinhalan. Unter diesem Namen bringt Sanitätsrat Dahmer (Berlin), der seinerzeitige Mitarbeiter Prof. Weningers, über dessen Inhalationspräparat Ektoplasmin wir in „Ars Medici" 1923, S. 502, berichteten, durch die Friedrich-Wilhelmstädtische Apotheke, Berlin NW. Luisenstraße Nr. 19 ein kombiniertes Inhalationspräparat gegen Lungen- und Kehlkopftbc. in den Handel. W. Pettersson (Berlin) widmet dem Präparat eine eingehende Arbeit und belegt dessen Wirksamkeit durch einige geradezu erstaunliche Krankengeschichten. Das Präparat besteht aus zwei Inhalationsflüssigkeiten, die hintereinander mit zehn Minuten Intervall inhaliert werden. Als Zusammensetzung werden angegeben: Carbamidsäure, Äthyläther, Lobelin, Eumydrin, Jod, H_2O_2 (Pfannenstielsche Jodwirkung), Edelsalze (Germanium), Cerchlorid, Herzmittel (Meerzwiebel und anderes), eine Verbindung von Uransalz mit den Popylestern des Chaulmoogra- und Gynocardiumöls. Außerdem wird von einer oligodynamischen Goldwirkung gesprochen. Bei Kehlkopftbc. wird Diathermie vor der Inhalation empfohlen, außerdem eventuell auch Gold venös. Die Atemexkursionen des Brustkorbs werden durch zunächst milde, später energische Vibrationsmassage gehoben. In vier bis zwölf Wochen ambulatorischer Behandlung sollen selbst vorgeschrittene beidseitige Prozesse bis zu 70% weitgehende Besserung, sogar Heilung aufweisen. Klinische Nachprüfung wäre wohl abzuwarten. (Fortschr. d. Med., Nr. 12, 1925.)

Notizen.

Junge Wiener Kinderärztin mit hervorragenden Referenzen sucht Stelle in Kinderheim, Sanatorium o. dgl. Zuschriften an die Redaktion.

Landarzt in Niederösterreich, Bahnstation unweit Wien, Gemeindearzt, sucht wegen Familienverhältnissen seine Stelle mit Kollegen in Wien oder am Lande zu tauschen. Zuschriften an den Verlag der „Ars Medici".

Druckfehlerberichtigung. In Nr. 10, „Ars Medici" 1925, soll bei den Antworten „Ad 199, Ad 203, Ad 211, Ad 213" die Unterschrift richtig lauten: „Dr. J. Tripold, Abbazia".

Gute Bücher.

Unter dem Titel „Moderne Hygiene, volkstümliche Vorträge führender Ärzte" erscheinen im Verlag von M. Perles in Wien die Vorträge, welche jüngst in der Wiener Hygieneausstellung gehalten worden sind. Es liegen vor: „Hygiene des Nervensystems" von Prof. A. Pilcz, „Bedeutung und Bekämpfung der Krampfadererkrankungen" von Prof. G. Nobl und „Alt werden und jung bleiben" von Dr. J. G. Sleeswijk in Haag. Preis jedes Heftes S 1.—.

Beilage.

Unserer heutigen österreichischen Auflage liegt ein hübscher Kalender von Dr. Reiss Kindernährmittel bei, auf den wir unsere geschätzten Leser besonders aufmerksam machen.

Mitteilungen des Verlages.

Die „Ars Medici" kostet für das Jahr 1925 ganzjährig, portofrei, im vorhinein zahlbar: österr. S 7.—, Mark 5.—, tsch. *K* 36.—, ungarische *K* 80.000.—, Zloty 6.—, Lire 30.—, Dinar 90.—, Lei 250.—, schweiz. Franken 8.—, franz. Franken 25.—, schwed. *K* 6.—, dän. *K* 8.—, norw. *K* 10.—, holl. fl. 4.—, Dollar 1.50, Shilling 6.—, finn. Mark 60.—, Lewa 200.—, estl. Mark 500.—, Lett. Rubel 400.—, Litu 15.—.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1924, soweit vorrätig) zu obigen Preisen mit 10% Zuschlag, dazu das Porto.

☞ Sämtliche Jahrgänge der „Ars Medici" stellen ein übersichtliches Nachschlagewerk über alle Fortschritte der Medizin von großem praktischen Werte dar. Sie bilden „eine wahre Fundgrube" des praktischen Wissens und sollten in der Bibliothek keines Arztes fehlen.

Leinen-Einbanddecken 1924 und frühere Jahrgänge österr. S 1.20, tsch. *K* 6.—, Mark 1.—, Franken 1.—, holl. fl. —.50, dazu das Porto.

Englische Ausgabe der „Ars Medici" ganzjährig Dollar 2.—.

Jahrgang 1924 und 1923 der englischen Ausgabe gebunden à Dollar 2.20.

Zahlstellen für die „Ars Medici":

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4908. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.032. — **England:** Midland Bank, Ltd. London E. C. 2. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. — **Holland:** Postgirokonto Haag Nr. 27.993. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1431. **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. — Postscheckkonto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Österreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2138. **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13 868 — **Ungarn:** Postscheckkonto in Budapest Nr. 27.510. Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici" beizufügen.


SCHERING
SCHERING

ARS MEDICI

Das Organ des praktischen Arztes.
Erscheint am 15. eines jeden Monates.

Begründer: Dr. Segel. — Herausgeber: Dr. Max Ostermann.

Redaktion und Administration:
Telephon 29-1-39. Wien IX., Spitalgasse 1a. Telephon 29-1-39.

Abonnements, deren Abbestellung bis 5. Dezember nicht erfolgt ist, gelten als erneuert.

Nr. 12. XV. Jahrgang. 1925.

Inhaltsverzeichnis.

ARS MEDICI

Wien, am 15. Dezember 1925.

Interne Medizin.

Eierschalen zur Kalktherapie

verwendet mit großem Nutzen namentlich bei Lungentbc. M. Weiss (Wien). Zwei frische, gewaschene, rohe Eier werden in einem Glase mit natürlichem Zitronensaft überdeckt. Nach sechs bis acht Tagen ist die Kalkschale so aufgeweicht oder abgebröckelt, daß sie sich leicht ablösen und zerreiben läßt und die Eier in der Haut bloß liegen. Der bis dahin sich bildende Schaum wird täglich abgerahmt. Nun sticht man die Eier an, entfernt das Häutchen, mischt durch und fügt 100 g Kognak oder kräftigen Wein und 125 g fein gepulverten Kandiszucker dazu, umrühren, in einer Flasche kühl aufbewahren, vor dem Gebrauch schütteln. Der wohlschmeckende, kalkreiche Volleikognak, der also auch die Vitamine des Eies und der Zitrone enthält, wird eßlöffelweise (Kindern kaffeelöffelweise) verabfolgt. (W. kl. W. Nr. 41, 1925.)

Über sparsame und doch sachgemäße Behandlung der Gallen- und Leberleiden.

Von Prof. Th. Brugsch (Klinik Kraus, Berlin).

Kataplasmen. Frisch gekochte Kartoffeln werden auf ein Leintuch gelegt, das zu einem Sack zusammengelegt, mit Sicherheitsnadeln festgesteckt und glatt gewalzt wird. Aufwärmen über einem Sieb in einem Topf kochenden Wassers. Ein- bis zweimal täglich ein bis zwei Stunden.

Trinkkur im Hause. 1 l Wasser wird mit 5.5 g Karlsbader Salz versetzt, auf 50° erhitzt. Während der heißen Umschläge ein bis zwei bis drei Becher à 200 g schluckweise trinken. Kurdauer drei bis vier Wochen.

Im Kolikanfall: Rp: Morphin. hydrochlor. 0.03, Aqu. chloroformiat., Aqu. dest., Sir. cort. aurant. ana 20.0. S. Alle zehn Minuten einen Teelöffel bis zum Schwinden des Anfalles. Zu längerem Gebrauche mehrmals täglich 0.04 Papaverin. hydrochlor. (fertige Tabletten) oder Rp: Methylatropinbromat 0.01 bis 0.02, Sacchari 3.0. Div. in dos. Nr. X. S. ein bis zwei Pulver täglich. Zur Injektion 0.015 Morphin + 1 mg Atropin. sulf., bei schwächlichen Frauen die Hälfte.

Choleretica und Cholagoga. Erstere regen die Sekretion der Leberzelle, letztere die Peristaltik des Gallengangsystems an. Choleretisch wirken vor allem die Gallensäuren (z. B. die Degalol- oder die weniger giftigen Decholin-Tabletten der Firma I. D. Riedel) und das Atophan, jedoch nur parenteral (z. B. das Icterosan-Schering muskulär); cholagog vor allem das Pituitrin (Hypophysin), 1 cm³ subkutan, ferner viele Abführmittel (Kalomel, ölsaures Na, Podophyllin usw.) und die gallentreibenden Tees (z. B. Rp: Fol. menth. pip., Fol. menth. crisp. ana 100.0, Rad. ononid., Rad. gentian. ana 25.0, Cort. frangul. 15.0. S. Fünf gehäufte Eßlöffel auf fünf Teetassen täglich). Zur Abtreibung von Gallensteinen kombiniert Reicher Ikterosan + Pituitrin.

Billige cholagoge Präparate: Chologen, in drei Stärken, 30 Tabletten (als Ersatz Rp: Podophyllin, Extr. hyoscyam. ana 0.3, Methylatropinbromat. 0.01, Extr. Rhei 3.0. Massae pil. qu. s. f. pil. Nr. XXX. Drei Wochen à 1, 2 und 3 Pillen täglich).

Eunatrol-Zimmer (= Natr. nuclein. in Pillen); ebenso wie die folgenden voll ersetzbar durch Olivenöl, morgens und 6 Uhr nachmittags einen Eßlöffel mit etwas Zitronensaft. Cholelysin = 20% Eunatrol. Cholis (Temmlerwerke) = Gallsäure + Natr. olein in Pillen. Weniger wirksam: Agobilin, Ovogal, Bilival.

Desinfizierende Präparate: Bilitropin (Kathe) = Urotropin, Ol. carv., Ol. menth, pip. in Tabletten; Felamin (Sandoz) = Urotropin + Gallussäure in Tabletten; Cyclotropin (Schering) venös, Ampullen à 2.0 Urotropin, 0.8 Natr. salicyl. und 0.2 Coffein; Choleval venös, 10% kolloidales Silber + gallsaur. Natr.

Sehr wirksam ferner zur Desinfektion der Gallenwege, z. B. bei fieberhafter Cholangitis, wochenlang täglich 5 bis 10 cm³ einer 40%igen Lösung von Hexamethylentetramin venös oder auch als Klisma (4 g auf 100 Wasser), am besten Cyclotropin.

Zur Anregung der Gallenblasentätigkeit genügen nicht selten stündliche kleine Magnesiadosen und häufige kleine Mahlzeiten.

Die Choleretika sind kontraindiziert bei mechanischem Ikterus oder Insuffizienz der Leberzellen, da sie die Cholämie, die Überschwemmung des Blutes mit Gallensäuren nur noch vermehren würden; die Cholagoga bei Operationsindikation (Verschluß der großen Gallenwege durch Abknickung, Krebs usw.). Zu langes Zuwarten ist gefährlich, da die ikterische Leber die Narkose schlecht verträgt und die Prognose schon bei vier Wochen altem Ikterus dubios wird. (M. Kl. Nr. 38, 1925.)

Hungerkuren,

schreibt Prof. H. Determann (Wiesbaden), haben sich, wie namentlich die Kriegszeit gezeigt hat, bei vielen Krankheiten als mächtiges therapeutisches Hilfsmittel erwiesen. Eine länger dauernde Unterernährung ist selbstverständlich schädlich; nach kurzen Hungerkuren hingegen resultiert häufig ein kräftiger, leistungsfähigerer Organismus (Überkompensation). Herz und Gefäße sind entlastet, etwaige Stauungen schwinden, die Organe werden besser durchblutet, die Aktionsfähigkeit des Nervensystems und der Sinnesorgane (z. B. der Sehschärfe) ist oft gesteigert. Neben den bekannten Indikationen (Fettsucht, Diabetes, akuter Nephritis) wird auf den Wert partieller oder totaler Hungerkuren bei mannigfachen Hautaffektionen, bei der „Überfütterungsdyspepsie" (meist jugendliche Patienten mit Appetitmangel, belegter Zunge, Kopfschmerz, schlechtem Schlaf, eventuell Erbrechen und Durchfällen), bei Hypertonie (Tage und Perioden mit starker Eiweißeinschränkung; wenig Flüssigkeit und NaCl), in manchen Fällen von Migräne (eventuell wiederholte, vorsichtige Versuche, jedoch nur bei gutem Ernährungszustand) und bei Hyperemesis gravidarum hingewiesen.

Technisches. Im allgemeinen bewähren sich am besten Obst-Gemüsetage (Rohobst, Kompott, Salate, diverse Gemüse usw.), weil hiebei bei großem Volumen (Sättigung!) geringe Nährwerte zugeführt werden und die Darmtätigkeit geregelt wird. Man gibt z. B. mittags und abends eine Vorspeise von Gurken- oder Kürbissalat, dann eine Tasse Bouillon und als Hauptgang eine große Schüssel verschiedener gedämpfter, nur mit Fleischbrühe versetzter Gemüse, dazu einen mit Petersilie, Gurken, Schnittlauch, Zwiebeln usw. gewürzten Salat, zum Schluß Obst oder Kom-

pott, eine Tasse Kaffee, eine Zigarre. Morgens und nachmittags Kaffee, vormittags Obst. Soll diese Kur einige Tage dauern, so kann man auch 75 bis 100 g Reis (mit Apfelmus usw.) hinzufügen.

Weniger gut vertragen werden die Milchtage (Bettruhe!), die besonders bei Sekretionsanomalien des Magens, Gicht, harnsaurer Diathese usw. sich bewähren. (Jahresk. f. ä. Fortb., VIII, 1925.)

Mastkuren mit Insulin

ergeben nach Dozent R. Bauer und W. Nyiri (Wien) erstaunlich rasche und anhaltende Erfolge bei Asthenie, Arteriosklerose, Basedow, Tbc., Rekonvaleszenten usw. Die durch das Insulin hervorgerufene Blutzuckersenkung bewirkt eine derartige Steigerung des Appetits, daß nur sorgfältige Auswahl gut verträglicher Nahrungsmittel vor einer Magenverstimmung schützen kann. Man injiziert täglich durch zwei bis drei Wochen langsam ansteigend 20 bis 30 bis 40 bis 60 und mehr Einheiten in zwei bis drei Dosen eine halbe Stunde vor den besonders kohlehydratreichen Mahlzeiten. Das Körpergewicht nimmt rapid zu, auch nach Aussetzen des Insulin, zum Teil allerdings durch Wasserretention bedingt. Doch konnte eine Verschiebung im normalen Verhältnis der Flüssigkeitszufuhr zur Harnausscheidung nicht konstatiert werden. Jedenfalls tritt in wenigen Tagen eine völlige Wendung in der Appetenz und Ernährungslage des Patienten ein. Um eventuell hypoglykämischen Symptomen zu begegnen, ist es zweckmäßig, wenn Patient immer etwas Schokolade bei sich hat. (M. Kl. Nr. 39, 1925.)

Zur Behandlung der Nachtschweiße Tuberkulöser

bedient man sich zunächst zweckmäßiger hygienischer Maßnahmen und hydrotherapeutischer Prozeduren. Aber es ist bekannt, daß man damit oft nicht zum Ziele kommt und Medikamente braucht. Nach Zwerg (Krankenhaus Hasenhaide, Neukölln) wirkt das Agarizin gut, versagt aber auch oft. Das Veronal bewährt sich gut, besonders in der kleinen Dosis von 0.25 g. Ein neues Präparat „Salvysat" (der Firma Bürger in Wernigerode) wird durch Dialyse aus den frischen Blättern der Folia salviae, eines alten Volksmittels, gewonnen und enthält 0.014 bis 0.023 g Oleum salviae im Kubikzentimeter. Auf Gaben von dreimal 15 bis dreimal 20 bis dreimal 30 Tropfen pro Tag stellte sich bei 70% der an Nachtschweiß Leidenden sehr guter Erfolg meist schon nach zwei bis drei Tagen ein; ganz refraktär erwiesen sich nur etwa 10% der Kranken. Vielleicht noch besser waren die Erfolge mit Kampfer, der ja antihydrotisch wirkt, aber bisher wegen seiner starken Belästigung des Magens per os nicht gegeben werden konnte. Nun liegt aber ein neues Kampferpräparat vor, die „Kampfergelatinetten" (Firma Knoll A.-G., Ludwigshafen), deren Gelatineüberzug sich erst im oberen Dünndarm auflöst und also eine Magenbelästigung verhütet. Von den 0.1 g kolloidal gelösten Kampfer enthaltenden Kampfergelatinetten gibt man abends ein bis zwei Stück. (D. m. W. Nr. 42, 1925.)

Obstipationsdiät.

Roux und Moutier (Pathologie gastro-intestinale, IV. Édition) empfehlen für die Ernährung bei chronischer Stuhlverstopfung folgende Grundsätze: möglichst zellulosehaltige Nahrung, die den Dickdarm zur Tätigkeit anregt; anderseits Vermeidung aller Nahrungsmittel, welche die Entwicklung proteolytischer Bakterien und der Fäulnis im Darm begünstigen. Dabei ist darauf zu achten, daß keine Unterernährung eintritt. Die Verfasser geben folgendes Diätschema: Morgens Mehl-, Hafer- oder Gerstensuppe, mit Milch- und Butterbrot. Um 10 Uhr Kompott, rohes Obst

nur, wenn der Magen es verträgt, doch keine Bananen, da diese nicht abführend wirken. Mittags Suppe, eine gekochte Mehlspeise, frische Butter, frische Gemüse (auch Paradeis), gekocht oder roh, je nach Verträglichkeit Pudding oder Weißkäse, gekochtes oder rohes Obst. Um 4 Uhr nachmittags dasselbe wie um 10 Uhr. Abends: Kräutersuppe, Milchsuppe, Erdäpfel, gekochte Mehlspeisen, Reis oder Hülsenfrüchte; frisches Gemüse in Ermanglung der Julienne, Pudding, frischen Käse, Obst. Leichte Abführmittel unterstützen die Diät. Fleisch fehlt auf diesem Speisezettel. Wenn nach zwei bis drei Wochen bei dieser Ernährung normale Darmfunktion erzielt worden ist, kann man versuchen, 50 g Fleisch zu geben, doch führt dies manchmal zu Rückfällen. (Journ. d. practic., VIII., 1925.)

Über die therapeutische Verwendbarkeit des Pepton.

In der Gesellschaft der Ärzte in Wien berichtete Dozent H. Pollitzer (II. Med. Univ.-Klinik Prof. Ortner) über praktisch wichtige Ergebnisse mit Pepton, die er gelegentlich von Studien über den intermediären Wasserhaushalt und seine Pharmakodynamik erzielte. Der exquisite (kontrahierende) Einfluß des Pepton auf die Portal- und Lungengefäße (E. P. Pick) führt zu einer prompten styptischen Wirkung bei schweren Diarrhöen, namentlich auch solchen nach Novasurolinjektionen. So gelang es bei einer 22jährigen Patientin (Lungentbc., Basedowoid), die seit drei Wochen täglich bis zu 20 eitrig-blutige, ruhrartige Stühle entleerte, nach drei Injektionen von 250 mg Pepton vom dritten Tage ab dauernd normale. geformte Stühle zu erzielen. Ein rektoskopisch nachgewiesenes (dysenterisches?) Geschwür verheilte in vier Wochen. Novasuroldiarrhöen werden oft schon durch eine muskuläre Injektion kupiert. Sichere Darmtbc., Basedow- und Urämiediarrhöen bleiben allerdings unbeeinflußt, doch dürfte sich das Mittel namentlich bei Sommerdiarrhöen, typhösen Erkrankungen und Ruhr gut bewähren.

Auf dem Gebiete des Lungenkreislaufes wurden auf der Tbc.-Abt. des Prof. W. Neumann günstige Erfolge bei Hämoptoe erzielt. Namentlich in der Landpraxis wird die einfache muskuläre Peptoninjektion der venösen von hypertonischer Na Cl-Lösung vorgezogen werden. Am wertvollsten ist der Einfluß des Pepton auf das Bronchialasthma, der den angloamerikanischen Ärzten schon lange bekannt ist. Es handelt sich aber hiebei nicht um eine immunisatorische, sondern um eine rein funktionelle Schockwirkung auf die Lungengefäße, Bronchialmuskeln und deren nervöse Steuerapparate, die aber durch Aufheben eines Circulus vitiosus zu Dauererfolgen führen kann.

Dosierung: Verwendet wurde eine 5%ige Lösung von Pepton Merck oder Armour in Phiolen à 1 cm³. Bei profusen Diarrhöen, schweren Asthmaanfällen und nichttuberkulösen hartnäckigen Hämoptoen wurden 5 cm³ (= 250 mg), sonst 2 cm³ (100 mg) muskulär injiziert. Fieberreaktionen sind zu vermeiden. (W. kl. W. Nr. 45, 1925.)

In der Diskussion bestätigte O. Weltmann die glänzenden Erfolge in neun Fällen von schwersten Diarrhöen. Meist genügte eine einzige Injektion von 5 cm³ der 5%igen Lösung (schmerzlos). Keinerlei störenden Nebenwirkungen, nur einmal sechs Stunden nach der Injektion bald vorübergehende Fieberreaktion (39°).

R. Kraus führt die therapeutische Anwendung des Witte-Pepton auf seine Arbeiten über Anaphylaxie und Heterobakterientherapie zurück. Er sah sehr gute Wirkung vom Pepton bei Typhus im Infektionsspital in San Paulo, wo die Mortalität von 20% auf 5% herabgesetzt werden konnte. 5 bis 10 cm³ der 5%igen Lösung

wurden alle drei bis vier Tage muskulär oder subkutan ohne irgendwelche Schädigung injiziert.

J. Bauer verwendet Pepton schon lange erfolgreich zur unspezifischen Desensibilisierung von anaphylaktoiden Zuständen (Bronchialasthma, Urtikaria, angioneurotische Ödeme, Migräne usw.).

Peststudien

in Griechenland 1924 veröffentlicht Prof. C. Seyfarth (Leipzig). In den griechischen Hafenstädten, namentlich in Piräus, wurden vom 1. Jänner bis 31. Oktober 1924 215 Pesterkrankungen beobachtet. In den Getreidespeichern und Lagerhäusern der Häfen gibt es unzählige Ratten, unter denen die Pest seit 1913 endemisch ist, die höchstwahrscheinlich durch den Schiffsverkehr eingeschleppt wurde. Zumeist erkrankten zuerst Hafenarbeiter und Bäcker, die kurz vorher Getreidesäcke aus Piräus erhalten hatten, in welchen tote Ratten gefunden wurden. Die Tiere scheinen mit Vorliebe im Inhalte der Säcke zu nisten, da derselbe beim Entleeren häufig Rattennester mit zahlreichen Rattenflöhen aufwies.

Zumeist handelte es sich um Bubonenpest. Die primären Bubonen sitzen am häufigsten in der Leistengegend, da die infizierenden, höchstens 40 cm hoch springenden Flöhe vornehmlich an den Beinen Blut saugen. Die Infektionsstelle bleibt meist (ebenso wie die Lymphgefäße) reaktionslos, nur ausnahmsweise entsteht eine initiale Pustel, die massenhaft Pestbazillen enthält. Die regionären, sehr schmerzhaften Bubonen entstehen oft schon in 12 bis 24 Stunden gleichzeitig unter Temperaturanstieg auf 40° C. Bei Fluktuation schafft breite Inzision Erleichterung. Morgens stark remittierend hält das Fieber unter Delirien, Somnolenz usw. fünf bis acht Tage an, um in günstigen Fällen dann lytisch abzufallen. Sonst Exitus meist innerhalb sechs Tagen. — Die Mortalität betrug durchschnittlich 40%, bei rechtzeitiger Serotherapie nur 10% (Pestserum des Wiener Serotherapeutischen Institut, bzw. Pasteur, Paris, alle 24 Stunden 50 bis 100 cm³ venös). Manche Fälle schleppten sich wochenlang mit fistelnden Bubonen hin, um dann einer Pestsepsis oder Lungenkomplikation zu erliegen. Auch primäre Pestseptikämie ohne äußere Bubonen wurde beobachtet. — Manchmal bilden sich pemphigusartige Hautblasen mit hämorrhagischem Inhalt, schwarze Schorfe und Hautblutungen („schwarzer Tod“).

Im Verlaufe der Bubonenpest kann es auch zu sekundärer Pestpneumonie (meist Unterlappen) kommen, bei welcher die Kranken mit jedem Hustenstoß massenhaft Pestbazillen verbreiten und so in der Umgebung das Entstehen der stets und rasch tödlichen primären Lungenpest verursachen können. In den südlichen Ländern treten aber Lungenpestepidemien im Gegensatz zu den nördlichen Gegenden (z. B. Mandschurei) nur selten auf (Mischinfektion?).

Die Diagnose wird durch den Nachweis der Pestbazillen gesichert. Die verdächtigen Drüsen werden mittels Rekordspritze punktiert und der Gewebssaft im einfachen Ausstrichpräparat (Methylenblau- oder Gramfärbung) untersucht. Im Krankheitsbeginn findet man massenhaft die charakteristischen plumpen, bipolar gefärbten, Gram-negativen Stäbchen; später nur mehr Involutionsformen (große keulen- oder bläschenförmige Gebilde usw.), die jedoch voll infektionsfähig sind. Eventuell Tierversuch.

Schutzmaßnahmen. Die Gefahr der Spitalsinfektion ist gering, wenn man das Spital ratten- und flohfrei (Fußboden mehrmals mit Seifenlösung von Petroleum 1:20 aufwischen) hält. Bei der Untersuchung und Pflege der Pat. sind Gummihandschuhe zu tragen, da jede kleinste

Exkoriation zur Eintrittspforte der Pestbazillen werden kann. Bei Lungensymptomen schützen Gesichtsmasken vor der Tröpfcheninfektion; die Pat. erhalten Mulltücher über den Mund, die in Desinfizientien getränkt sind. Unter diesen Maßnahmen ist in Griechenland keine Spitalsinfektion vorgekommen. Viel mehr gefährdet sind die Desinfektoren, die die Pesthäuser auf Rattenkadaver untersuchen, die Ratten vertilgen usw. Sie müssen sich vor allem, ebenso wie die Speicherarbeiter und Sackträger in den Häfen durch hohe, eng anliegende Stiefel u. dgl. vor den Flöhen schützen. Die aktive Schutzimpfung war ziemlich wirkungslos, besser, wenn auch nur vorübergehend (drei bis vier Wochen) bewährte sich die Pestseruminjektion der unmittelbar Gefährdeten.

Die Rattenbekämpfung auf den Überseedampfern mit Getreide, Reis usw. erfolgt durch Ausgasen mittels Claytonapparate noch vor Löschen der Ladung. Schwefelige Säure (Claytongas) oder Zyanwasserstoff (Zyklongas) tötet auch die Flöhe. Die toten Ratten werden mit Zangen gefaßt und in Petroleum getaucht und verbrannt. Rattenschilder an den Haltetauen der Schiffe verhindern das Überwandern der Ratten aus dem Schiff oder in dasselbe. (M. m. W. Nr. 34, 1925.)

Proteinkörpertherapie — Theorie und Praxis.

Prof. Rud. Schmidt (Prag), von welchem der Name „Proteinkörpertherapie" stammt, gibt eine Übersicht über die Theorie dieses Verfahrens und die praktischen Erfolge. A. Pyrogene und antipyretische Wirkung. Die Proteinkörper lösen Fieber aus und es kommt zu einer Aufrüttelung des Gesamtorganismus, zu beschleunigter Blut- und Säftezirkulation, zu mächtiger Einwirkung auf das vegetative Nervensystem und die Sekretionsverhältnisse. Hiedurch werden örtlich beschränkt ablaufende Infektionsprozesse (Erysipel, Spondylitis, Tbc. peritonei usw.) günstig beeinflußt. Das ausgelöste Fieber kann aber auch subfebrile Zustände und floride Fieberzustände kupieren. Aus der pyretischen Wirkung wird fallweise eine antipyretische. Die Verstärkung des Abwehrapparates des Organismus führt auch zur Besserung exogener Intoxikationen und endogener Dyskrasie (Fettsucht, Gicht, Strychninvergiftung, anaphylaktischer Schock). B. Entzündungsteigerung mit folgender antiphlogistischer Wirkung. Entzündungsherde (besonders chronische) flammen unter der Einwirkung parenteral einverleibter Proteinkörper auf. Dieser in therapeutischem Sinne negativen Phase folgt dann eine positive mit Heilungsvorgängen. Auf die entzündliche Herdreaktion folgen günstige therapeutische Einwirkungen, z. B. bei Arthritis, Spondylitis, Tbc. peritonei, fibröser Lungentbc., Erysipel, Furunkulose. C. Desensibilisierung. Im Laufe fortgesetzter Proteinkörperinjektionen sinkt die pyrogene Wirkung ab, es stellt sich eine Desensibilisierung ein, die sich auch auf Herde mit erhöhter Sensibilität und Reizbarkeit erstreckt. So erklärt sich die günstige Wirkung auf Ischias, lanzinierende Schmerzen und tabische Krisen, Ulkus-Gastralgien und die prophylaktische Wirkung der Proteinkörper gegen Anaphylaxie. D. Eine spasmolytische Wirkung ergibt sich aus der desensibilisierenden; sie kommt zur Geltung, z. B. bei Asthma bronchiale, Pylorospasmen, bei Ulkus usw. E. Sensibilisierung. In der negativen Phase stellt sich nach Proteinkörperinjektion, wie erwähnt, eine Sensibilisierung ein. Dadurch erklären sich die günstigen Wirkungen einer Koppelung von Proteinkörperinjektionen mit Schilddrüsenbehandlung oder gleichzeitiger Salizyl-, Hg- oder Neosalvarsanzufuhr. F. Antiseptische und antidyskrasische Effekte erklären sich aus der pyrogenen Allgemeinwirkung (A), aus günstig ablaufenden Herdreaktionen (B),

Desensibilisierung gegenüber Infektionserregern (C), eventuell einer Sensibilisierung (E), gegenüber endogenen Defensivkörpern. Bei den antidyskrasischen Wirkungen kommen wohl auch sekretorische Effekte (G) in Betracht. — G. Diuretische Wirkungen beruhen auf der Anregung der Zirkulation, aber wohl auch auf direkter Nierenbeeinflussung, schließlich auf Sensibilisierung für diuretische Arzneimittel. — H. Styptische Wirkungen kommen zustande durch gesteigerte Fibrinogensekretion von Seite der Leber und durch vermehrte Blutplättchenbildung infolge Hyperaktivierung des Knochenmarks.

Wahl des Präparates. Von der Industrie werden überreichlich Proteinkörper erzeugt und angeboten, die teils aus Blut, Serum, Milch, isolierten Eiweißkörpern oder Bakterieneiweiß stammen. Man muß das gewählte Mittel gut kennen und sich mit diesem „einzuschießen" verstehen. Verfasser hat ursprünglich die Milch empfohlen, die in jedem Haushalte zu haben ist und zehn Minuten im kochenden Wasserbade sterilisiert wird. Bei der Wirkung der Milch spielen auch die in ihr vorhandenen und abgetöteten Bakterien eine wichtige Rolle, deren Menge und Art aber in den verschiedenen Milchsorten natürlich nicht konstant ist. Deshalb ließ Verfasser (von den Sächsischen Serumwerken in Dresden) ein konstantes Präparat „Hypertherman" herstellen, das aus Milch und einer genau dosierten Vakzine eines Kolistammes besteht. Die folgenden Erfahrungen des Verfassers sind vorwiegend mit diesem Präparate gewonnen, welches sich auch besonders bei der Behandlung der Fettsucht bewährt hat.

Dosierung und Art der Einverleibung. Im allgemeinen empfiehlt sich die intramuskuläre Injektion in ansteigenden Dosen von 1 bis 5 cm^3. Dosierungen bis zu 1 cm^3 können auch ohne wesentliche Schmerzen subkutan verabfolgt werden. Zur Vorsicht beginnt man bei der muskulären Injektion mit kleinen Dosen von etwa 1 cm^3, da in seltenen Fällen sich der sogenannte „Choque protéique" einstellt. Derselbe kann bei der ersten oder auch bei einer der folgenden Injektionen auftreten und hat mit Anaphylaxie nichts zu tun. Es handelt sich um eine sofort oder einige Minuten nach der Injektion sich einstellende plötzliche Rötung des Gesichts, Atemnot, Brechreiz, eventuell Durchfall, Kopf-, Kreuz- und Bauchschmerzen bei beschleunigtem, meist kräftigem Pulse. Diese seltenen Zwischenfälle sind ungefährlich, gehen schnell vorbei und erfordern außer Beruhigung des Patienten keine Behandlung. Man kann gelegentlich, z. B. bei Adipositas, auch bis zu 7 cm^3 pro dosi ansteigen. Das Hypertherman kann auch ohne Schaden venös (0.01 steigend bis 0.1 cm^3) injiziert werden; die venöse Behandlung eignet sich besonders für Ulcus ventriculi und duodeni. Die Verdünnung 1:10 wird mit physiologischer Na Cl-Lösung in einer 1-cm^3-Pravazspritze vorgenommen und nach Entleerung von neun Teilstrichen wird der verbleibende Rest sehr langsam unter wiederholtem Aufsaugen von Blut einverleibt. Ausnahmsweise kann man auch venös bis zu Dosen von 0.2 bis 0.5 cm^3 steigen. Bei der venösen Applikation stellen sich zuweilen zwei bis vier Stunden nach der Injektion Schüttelfröste ein oder 10 bis 15 Minuten nach der Injektion ein Gefühl von Angst, Druck auf der Brust und Schwindel; auf die Möglichkeit dieser Folgen sind die Kranken vorher aufmerksam zu machen. — Eine besonders vorsichtige Dosierung erfordern Fälle von Lungentbc., besonders die offenen Formen, und Asthmakranke; hier beginnt man am besten mit 0.01 cm^3 subkutan und steigt langsam an. — Als Intervall zwischen den Injektionen empfehlen sich bei allen Arten der Einverleibung mindestens zwei Tage.

Spezielle Indikationen. 1. Konstitutionelle Adipositas. Bei dieser hat sich das Hypertherman besonders bewährt und

auch schon eingebürgert. Es dient hiebei als Sensibilisator für kleine, an und für sich unwirksame Dosen von Thyreoidin-Merck (zwei bis drei Tabletten à 0.3 g pro die). Eine besondere Diät und Flüssigkeitsbeschränkung ist meist nicht erforderlich, kann aber natürlich bei besonders hartnäckigen Fällen auch mit herangezogen werden. Beginn mit 1 cm^3 Hypertherman, steigend in zwei- bis dreitägigen Intervallen um je ½ bis 1 cm^3 bis zu 5 bis 7 cm^3. Die Kuren sind auch in Bettruhe durchführbar, Gewichtsabnahmen von 15 bis 20 kg in drei Monaten fast stets zu erreichen. — 2. Infektionsprozesse. Beim Erysipel ist die Proteintherapie wohl allen üblichen Behandlungsmethoden überlegen. Man beginnt gleich mit 5 cm^3 muskulär und wiederholt diese Dosis nach Bedarf in zweitägigen Intervallen; meist genügen ein bis zwei Injektionen zur Heilung unter kritischer Entfieberung. — In einem Falle von Tetanus stellte sich auf die allerdings heroische Dosis von 0.5 cm^3 Hypertherman venös geradezu zauberhaft schnelle Besserung und Heilung ein. — Auf dem Gebiete der Tuberkulose lassen sich mit Hypertherman ebenso gute Erfolge erzielen wie mit Tuberkulin. Besonders geeignet für die Proteinkörpertherapie ist die Spondylitis tbc. Bei Tbc. peritonei gelingt es nicht selten, durch kleine subkutan injizierte Dosen (0.1 bis 1 cm^3) das Wiederauftreten von Aszites nach Punktionen zu verhindern. Bei Lungentbc. beginnt man mit 0.1 cm^3 subkutan und steigt ganz allmählich je nach der Individualität des Falles auf 1 bis 2 cm^3 an. Stärkere Herd- und Allgemeinreaktionen sollen durchwegs vermieden werden. Gewichtszunahmen bis zu 10 kg kommen bei dieser Behandlung nebst Schwinden der Tbc.-Bazillen vor. Intravenöse Injektion ist bei Tbc. kontraindiziert, da hiebei die Reaktionen zu stürmisch ausfallen. 3. Neuralgien und Nervenerkrankungen. Sehr günstige Erfolge ergeben sich in der Regel bei Ischias, lanzinierenden Schmerzen und gastrischen Krisen der Tabiker. Ein Fall schwerster Bleikolik wurde überraschend weit gebessert. Bei dem oft so lästigen Pruritus bei Ikterusfällen hört das Jucken nach venöser Hyperthermaninjektion regelmäßig für etwa acht Stunden auf. Bei multipler Sklerose sind die Versuche noch nicht abgeschlossen; bei vorsichtiger Dosierung (beginnend mit 0.01 venös oder 0.1 subkutan) scheinen die Erfolge gut zu sein. — 4. Erkrankungen des Digestionstraktes. Bei der von Holler und Pribram vorgeschlagenen Ulkusbehandlung hat sich die venöse Anwendung von Hypertherman bestens bewährt; man beginnt mit 0.01 cm^3 und steigt allmählich bis auf 0.05 bis 0.1 cm^3. Bei Ulcus ventriculi sind die Erfolge günstiger als bei Ulcus duodeni. Auch bei einem Falle von Kardiospasmus hat Verfasser mit venöser Hyperthermaninjektion Besserung der Schluckbeschwerden erzielt. — 5. Beim Asthma bronchiale empfiehlt sich noch dringender als bei Tbc. nur subkutane Injektion und Beginn mit niedrigster Dosierung (0.01 cm^3); durch unvorsichtige Dosierung können Anfälle ausgelöst werden. Verfasser hat beim Asthma bronchiale in Fällen Erfolge erzielt, bei denen jede andre Therapie versagt hatte. In hartnäckigen Fällen ist daher ein Versuch empfehlenswert. — 6. Die arthritischen Prozesse sind ein außerordentlich dankbares Feld der Hyperthermanbehandlung. Besonders gonorrhoische Gelenkserkrankungen reagieren oft auffallend günstig und prompt. Höhere Dosierungen sind hier im allgemeinen statthaft und sogar wünschenswert. — 7. Kardialer Hydrops. Besonders bei Herzinsuffizienz der Hypertoniker zeigen die Hyperthermaninjektionen schon am Tage der Injektion, besonders aber am folgenden Tage meist eine außerordentlich deutliche diuretische Wirkung. Es gelingt ferner, mit Hypertherman die diuretischen Effekte von Euphyllin, Novasurol und Urea sehr wirksam zu steigern. Die Einverleibung des

Hyperthermans kann hier muskulär oder venös erfolgen. (Fortschr. d. Ther Nr. 13, 1925.)

Die zuverlässigste Sputumdesinfektion bei Lungentbc.

erzielt man in der Praxis nach den vergleichenden Untersuchungen von Prof. K. W. Götten (Hygien. Inst. d. Univ. Münster) mit den im Handel befindlichen Präparaten (mit genauer Gebrauchsanweisung) Alka-Lysol (Schülke & Mayr, Hamburg), Parametol oder Parol (= Chlormetakresol in alkalischer Lösung; absolut geruchlos, aber etwas teurer) und Chloramin (= „Sputamin", Chem. Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden). Diese drei Präparate sind keineswegs teurer, aber weit verläßlicher als die sonst üblichen Desinfektionsmittel. Das Sputum (Spuckgefäß) muß mit der doppelten Menge des 5%igen Mittels durch vier Stunden versetzt werden. (Seuchenbekämpfung, H. 5, 1925.)

Stoffwechselkuren mit Kalomel

führte Gelpke in 200 Fällen von diversen Stoffwechselkrankheiten im Liestaler Krankenhaus bei Basel mit oft erstaunlichen Erfolgen durch. Selbst Epilepsie und tbc. Meningitis sollen gebessert worden sein. Technik: Fünf bis acht Tage Bettruhe, Besuchsverbot, flüssig-breiige Kost mit weichen Eiern bis zur Sättigung; morgens 0.25 bis 0.5 Kalomel, abends ein bis zwei Aloe-Jalappapillen, so daß täglich mindestens zwei flüssige Stühle erfolgen; Mundpflege. Am vierten bis achten Tag setzt kräftige Diurese ein, gleichzeitig Pat. allmählich aufstehen lassen und zur Normalkost übergehen. In der dritten Woche auffallendes Aufblühen des Organismus infolge Auffrischung der Säftemasse. (Schweiz. m. W. Nr. 36, 1925.)

Trypaflavin bei Pneumonie.

10 cm^3 venös möglichst frühzeitig zusammen mit Herzmitteln empfiehlt H. Morawetz (Landarzt in Schönwald-Gleiwitz). Nach vorübergehendem Fieberanstieg regelmäßig prompter kritischer oder lytischer Temperaturabfall, rasche Lösung der pneumonischen Infiltrate. (Der prakt. Arzt, H. 10, 1925.)

Neurologie und Psychiatrie.

Die Akroparästhesien

wurden bisher (besonders nach den Forschungen von Cassirer) zu den vasomotorisch-trophischen Neurosen gerechnet. Straus und Guttmann fanden bei neueren Untersuchungen, daß zwei Formen zu unterscheiden sind: 1. die vasokonstriktorische Form tritt bei jüngeren Individuen (20. bis 40. Lebensjahr) auf und zeigt echte vasomotorische Erscheinungen, und zwar Weiß- oder Blauwerden und Schwellungen der Finger; die Kranken klagen über das Gefühl des Abgestorbenseins der Finger und Hände; nur bei dieser Form finden sich manchmal leichte Sensibilitätsstörungen an den gipfelnden Teilen; elektrische und mechanische Übererregbarkeit fehlt hier. — 2. Bei der tetanoiden Form handelt es sich meist um Frauen im Klimakterium oder um natürliche oder künstliche (operative) Climax praecox. Weder makroskopisch noch unter dem Kapillarmikroskop finden sich vasomotorische Erscheinungen, die über das physiologische Maß hinausgehen. Die Patientinnen klagen weniger über

Abgestorbensein als über Steifigkeit der Finger. Objektive Sensibilitätsstörungen fehlen; subjektiv werden die Parästhesien auf das Ulnarisgebiet oder auf Mittelfinger und Daumen, das heißt die hauptsächlichsten Greiffinger, bezogen. Charakteristisch für diese Gruppe aber sind das Chvosteksche und das Erbsche Phänomen. Die elektrische Erregbarkeit ist verändert in dem Sinne, daß entweder die Anoden-Öffnungszuckung eher auftritt als die Anoden-Schließungszuckung oder eine Kathoden-Öffnungszuckung sich unter fünf Milliampère einstellt oder endlich bei noch niedrigeren Werten ein Kathoden-Schließungstetanus zu erzielen ist; gerade die letzere Erscheinung ist nicht selten und sehr charakteristisch. Die zweite (tetanoide) Form der Akroparästhesien scheint die weitaus häufigere zu sein. Sie steht, worauf die Bezeichnung hinweisen soll, der Tetanie nahe und wird vorwiegend durch den physiologischen oder pathologischen Ausfall der Sexualdrüsen verursacht. Daß sie hauptsächlich beim weiblichen Geschlecht vorkommt, ist wohl so zu erklären, daß beim Manne das Klimakterium mehr allmählich eintritt und das vegetative Nervensystem daher Zeit hat, sich den geänderten Verhältnissen zu akkomodieren. (Klin. Wschr. Nr. 44, 1925.)

Basedow — Insulin.

Prof. P. F. Richter (Berlin) injizierte in einer Reihe von ambulant behandelten Basedowfällen kleine Dosen Insulin (2.5 bis 5 Einheiten). Die motorische Unruhe und Schweiße schwanden rasch, die Struma ging zurück, das Körpergewicht stieg an. Nachprüfung empfehlenswert, da zum mindesten Schädigungen nicht zu befürchten sind. Ähnliche Erfahrungen auch in der ausländischen Literatur (Goffier, Journ. am. med. assoc.: Erhebliche Besserung von vier hartnäckigen Fällen; Lépine und Parturier, Soc. Biol. 1924: Nach zehn Tagen Insulinkur subjektive Besserung, nach weiteren acht Tagen Struma und Exophthalmus zurückgegangen, Blutzuckerwert wieder normal, Grundumsatz herabgesetzt). Theoretische Grundlage: Der Antagonismus zwischen Pankreas und Thyreoidea. (M. Kl. Nr. 39, 1925.)

Medikamentöse Therapie bei Psychosen.

Aus einem Fortbildungsvortrag von Prof. E. Stransky (Wien).

Sedativa: Bei periodischen Verstimmungs- und Erregungszuständen bewirken 6 bis 8 g Brom pro die (Beginn schon einige Tage vor dem vermutlichen Beginn des Anfalls) nicht selten Kupierung. Die Somnifen-Dauernarkose nach Kläsi bei manischen und katatonischen Erregungen ist zum großen Teil wieder verlassen, da häufig Kollaps und Exitus (Pneumonie) die Folge waren. — Bei stärkeren Erregungszuständen wird auch Scopolaminum hydrobrom. 0.001 (frische Lösung!) + 0.01 Morphin subkutan gegeben; ebenso Natr. salicyl. (10 cm³ einer 20%igen Lösung) oder Afenil, Atophanyl venös; bei agitierten Depressionen 25 bis 30% Magn. sulfur. subkutan (ein bis zwei und mehr Kubikzentimeter); ebenso, namentlich bei ängstlicher Erregung Melancholischer Tinct. opii aquosa (1:100 Tinct. Rhei vinosa Darelli oder in Pillen à 0.02 mit Rheum).

Hypnotica. Paraldehyd (4 bis 5 g in zehnmal soviel Wasser mit reichlich Korrigens) wirkt rasch, sicher und ist ungefährlich, doch können bei zu langem Gebrauch Delirien auftreten; schlechter Geschmack und Geruch. Ähnlich Amylenhydrat, das auch rektal gegeben werden kann. Chloralhydrat (maximal 3 g pro dosi, 6 pro die) setzt den Blutdruck stark herab und ist daher schon bei geringen Kreislaufstörungen kontra-

indiziert. Veronal, 0.5 in heißer Flüssigkeit, eine Stunde vor dem Schlafengehen; bei zu langem Gebrauch kann es zu chronischer Intoxikation führen. Wasserlöslich, daher auch muskulär anwendbar ist das Medinal (= Veronalnatrium), 0.5 pro dosi. Luminal 0.3 per os, Vorsicht bei alten Leuten. Luminalnatrium auch muskulär. Nirvanol erzeugt nicht selten Exantheme; Voluntal, geringe Nebenwirkungen, jedoch unwirksam bei katatonischer und enzephalitischer Unruhe; Codeonal, besonders wirksam bei Schlafstörung durch Husten usw. Adalin und Bromural haben die geringsten Nebenwirkungen und wirken rasch, doch ist der Schlaf nur kurz und wenig intensiv. Keinesfalls dürfen Schlafmittel Geisteskranken zum Selbsteinnehmen überlassen werden.

Verschiedenes. Cocain. mur. (bis 0.2 subkutan) löst manchmal vorübergehend katatonischen und anderen Stupor. — Die einzige Indikation für den Alkohol in der Psychiatrie ist das Delirium tremens (bis über 100 g Kognak pro die als Kardiakum; daneben Kampfer, Koffein, Digalen; vorsichtig Skopalamin gegen die motorische Erregtheit). — Bei der Malariatherapie der Paralyse werden an der Wiener Klinik während der Fieberanfälle 10 bis 20 Tropfen Tinct. Strophanti gegeben, um Herzkollaps zu verhüten. — Die Organotherapie der Hebephrenie wird nach Wagner-Jauregg vorteilhaft mit Arsen (pil. asiaticae) kombiniert. (W. m. W. Nr. 37 und 40, 1925.)

Der Wert der Reflexe für die Diagnose

ist, wie Prof. R. Henneberg (Berlin) ausführt, auch für die Allgemeinpraxis enorm. Man kann z. B. in wenigen Minuten ohne einen Apparat feststellen, daß bei einem Patienten der Lichtreflex der Pupillen, der Knie- und Achillessehnenreflex fehlen. Damit ist die Diagnose Neurolues (Tabes, Taboparalyse, Lues cerebrospinalis) so gut wie zweifelsfrei gestellt. Oder man findet bei einem jüngeren Menschen mit wenig prägnanten Beschwerden positiven Babinski und Fehlen der Bauchreflexe: Beginnende multiple Sklerose. Oder wir sehen einen Kranken mit apathischem Gesichtsausdruck regungslos im Bett liegen — wir denken an einen schizophren-stupurösen Zustand. Bei einem Schlag mit dem Perkussionshammer auf die Lippen sehen wir eine rasche Verschiebung des Mundes. Die Diagnose: Encephalitis epidemica ist damit so gut wie entschieden.

Der Kniereflex: Der sitzende Patient schiebt die Füße so weit nach vorne, als dies möglich ist, ohne daß sich die Fußspitzen vom Boden entfernen. Man fordert dann Patienten auf, die große Zehe mäßig stark nach unten zu drücken und gleichzeitig die Zähne zusammenzubeißen. In diesem Moment beklopft man die Sehne.

Achillessehnenreflex: Man läßt Patienten so auf einem Stuhl knien, daß die Füße über den Rand des Stuhlsitzes reichen, spannt die Sehne durch leichte Dorsalflexion des Fußes etwas an und beklopft sie, während Patient die Stuhllehne drückt und die Zähne zusammenbeißt. Ist der Reflex normal oder gesteigert, so kann man ihn auch durch den Stiefel erzielen. Der Reflex fehlt bei schwerer Ischias, schon bei leichter Polyneuritis, aber auch bei chronischen Stauungen, Ulcus cruris, alten Frakturen usw., offenbar als Folge von leichten sekundären Nervenschädigungen. Ein- oder beiderseitige Areflexie (sämtliche Reflexe stets beiderseitig prüfen! — Ref.) bei Lues in der Anamnese legt den Verdacht auf beginnende Neurolues nahe.

Einseitige Steigerung der Sehnenreflexe bedeutet ein organisches Leiden, allgemeine Steigerung erst dann, wenn auch Klonus vorhanden ist oder als Pyramidensymptome auch pathologische Reflexe auftreten, z. B.

Babinski. Fehlen der Reflexe an den Beinen und Hypotonie bedeuten gewöhnlich Tabes, bzw. Taboparalyse oder Neuritis. Für Tabes sprechen reflektorische Lichtstarre der Pupillen, hyperästhetische Zone am Thorax und positiver Liquor; für Neuritis das Fehlen dieser Symptome, Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und Lasègue sches Phänomen (Schmerzen bei Überstreckung der Beine). Findet man nur Areflexie, so kann es sich um eine abgelaufene Polyneuritis (Diphtherie, Alkohol!) handeln. Bei kachektischen Leuten mit lästigem Kribbeln in den Extremitäten ist Areflexie oder Hyporeflexie infolge degenerativer Neuritis oder Strangdegeneration häufig. Im Gegensatz zu Tabes reagieren aber die Pupillen prompt. Manchmal fehlt bei Diabetes der Patellarreflex.

Babinski: Langsame Dorsalflexion (normal: Plantarflexion) der großen Zehe bei Bestreichen der Fußsohle, namentlich am Außenrand, mit einer Nadel. Sicheres Zeichen für irgendeine Läsion der Pyramidenbahn. Bei unsicherem Ausfall kann man noch auf folgende Reflexe bei Pyramidenläsion prüfen: Oppenheim: Dorsalflexion der großen Zehe bei kräftigem Bestreichen der Innenfläche des Unterschenkels entlang der Tibia; Bechterew-Mendel: Plantarflexion oder Spreizung der zweiten bis fünften Zehe beim Beklopfen des Fußrückens, besonders der Mitte des äußeren Fußrandes; Balduzzi: Streckung des Fußes beim Beklopfen des Malleolus externus; Rossolimo: Beugung der Zehen beim Beklopfen der Zehenbeeren, bzw. -wurzeln an der plantaren Fläche.

Von viel geringerem diagnostischen Wert sind die Reflexe an den oberen Extremitäten. Die Bauchdeckenreflexe sind auch bei Gesunden oft nicht auslösbar (Fettleibigkeit, Schlaffheit der Bauchdecken nach Gravidität). Ihr Fehlen im Zusammenhang mit sonstigen Zeichen eines zentralen Nervenleidens (Andeutung von Nystagmus, leichter Intentionstremor, unsicherer Babinski usw.) spricht für multiple Sklerose. Sie fehlen auch bei Apoplexie auf der Seite der Lähmung und bei vorgerückter Tabes. Der Kremasterreflex ist unwesentlich.

Der bedeutsame Lichtreflex der Pupille sollte grundsätzlich bei jedem Patienten geprüft werden. Man berücksichtige dabei, daß sehr oft die lichtstarre Pupille sich bei Akkomodation und Konvergenz, das heißt beim Fixieren eines nahen Gegenstandes verengt (= reflektorische Pupillenstarre, Argyll-Robertson). Fixiert z. B. Patient in dem Momente, in dem man die Hand vom Auge entfernt, das Auge des Arztes, so kann die eintretende Verengerung Erhaltensein der Lichtreaktion vortäuschen. Man muß also Patienten auffordern, in die Ferne zu schauen. Ferner verengern sich auch lichtstarre Pupillen, wenn man einem widerstrebenden Patienten gewaltsam die Augen öffnet und Patient mit Energie versucht, die passiv geöffnet gehaltenen Lider zu schließen (Westphal-Pilz). Schlechte, bzw. fehlende Lichtreaktion sieht man auch bei schwerem Alkoholismus, bei Wirkung von Atropin, Hyoszin, Skopolamin (Mydriasis) und Morphin (Miosis), bei senilen und arteriosklerotischen Personen. Maßgebend für ein organisches Leiden ist eine deutliche Differenz in der Reaktion beider Augen. Sonst bedeutet fehlende oder sehr träge und geringe Lichtreaktion immer Tabes oder Paralyse; doch findet man bei 10% der Paralytiker normale Reaktion. Vieldeutiger ist die totale Pupillenstarre (also auch bei Akkommodation und Konvergenz): Lues cerebrospinalis, Encephalitis epidemica, Tumor, Meningitis usw. Bei Krampfzuständen schließen Lichtstarre eine psychogene und erhaltene Reaktion eine organische Ursache nicht aus.

Völliges Fehlen des Kornealreflexes (namentlich einseitig) beweist stets ein organisches Leiden; es kann das erste objektive Symptom

eines Hirntumors sein. Hingegen ist Fehlen des Konjunktival- und Skleralreflexes nicht eindeutig und kommt besonders oft auch bei Hysterie vor.

Der Lippenreflex. Beklopft man bei einem Paralytiker die Lippen und ihre Umgebung, so sieht man kurze Zuckungen in der betreffenden Muskulatur. Da der Reflex oft als Frühsymptom auftritt, ist er zur Unterscheidung von Neurosen und funktionellen Psychosen verwendbar, obwohl er andeutungsweise auch bei Neurotikern und Alkoholikern gelegentlich vorkommt. Bei organischen Hirnleiden (Pseudobulbärparalyse, doppelseitiger Hemiplegie, vorgeschrittener Paralyse usw.) beobachtet man auch, daß die Lippen beim Beklopfen sich rüsselartig vorschieben. Besonders charakteristisch ist der Reflex für Encephalitis epidemica, so daß er rasch die Diagnose sichern kann. — Analog dem Lippenreflex ist der Gaumenreflex zu werten: Kräftige Kontraktion des Orbicularis oris bei raschem Streichen des harten Gaumens von hinten nach vorn. Ebenso der Saugreflex: Führt man den Finger oder einen Spatel in den Mund ein, so wird er wie von einem Säugling mit den Lippen umschlossen. (M. Kl. Nr. 38, 1925.)

Chirurgie.

Über die desinfizierende Kraft des vergällten Alkohols und des „Desinfex".

Von Prof. Konrich (Reichsgesundheitsamt, Berlin).

Der Alkohol wurde vor dem Kriege als Desinfektionsmittel viel gebraucht. Jetzt ist seine Verwendung weniger üblich, vielleicht wegen des hohen Preises, vielleicht auch, weil in Deutschland zu medizinischen Zwecken verwendeter Alkohol vergällt sein muß, um der hohen Branntweinsteuer zu entgehen. Verfasser prüfte in 400 Versuchen die desinfizierende Kraft des Alkohols und des neuen alkoholhältigen Mittels „Desinfex" (Merz-Werke, Frankfurt a. M.), welches sich in Zahnärztekreisen schon gut eingeführt hat. Bestätigt wurden die alten Erfahrungen, daß Sporen vom Alkohol nicht abgetötet werden, wohl aber die Wuchsformen der häufigsten pathogenen Keime in etwa 15 Minuten, was wohl für die Praxis genügt. Bekannt ist auch, daß absoluter Alkohol schwach desinfizierend wirkt, am stärksten der 70%ige Alkohol. Es zeigte sich, daß die üblichen Vergällungsmittel die Desinfektionskraft des Alkohols in keiner Weise verminderten (Prof. Payr hat aber im Ztrlbl. f. Chir. 1924 darauf hingewiesen, daß die Hände des Operateurs durch Waschen mit dem vergällten Alkohol mehr zu Ekzemen neigen — Ref.). Die Verdunstung und Wasseranziehung des Alkohols in dem für gewöhnlich geschlossenen Instrumentenbehälter erwies sich als gering; man füllt daher das erste Mal den Behälter mit 70%igem Alkohol und gießt von Zeit zu Zeit etwas 95%igen Alkohol nach, ohne den alten Alkohol fortzuschütten; dadurch wird die Lösung stets auf etwa 70% Konzentration gehalten. — Als besonders verwendbar und empfehlenswert zeigte sich bei den Versuchen das oben erwähnte Präparat „Desinfex". Es hat die Desinfektionskraft des 70%igen Alkohols und schützt dabei die Instrumente, selbst wenn die Vernicklung schon etwas schadhaft ist, vor dem Rosten. Man kann also dem praktischen Arzt empfehlen, die häufigst gebrauchten Instrumente in einem Behälter mit Desinfex liegen zu lassen, sie ohne Kochen (und daher ohne Beeinträchtigung der Schärfe) zu benützen, nach dem Gebrauch mechanisch zu reinigen und dann wieder in die Desinfexflüssigkeit zu legen. Nur die Injektionsnadeln leiden im Desinfex auch und bekommen nach einiger Zeit dunkle Flecke; es scheinen

sich da elektrische Ströme zwischen Nadel und Nadelfuß zu entwickeln, die das Metall angreifen. Aber auch wenn man die im Desinfex liegenden Nadeln beim Auftreten der grauen und schwarzen Flecke wegwirft, wird man weniger Nadeln verbrauchen als beim jedesmaligen Auskochen, durch das sie ja auch leiden. (D. m. W. Nr. 42, 1925.)

Digitalis vor Operationen.

Viele Chirurgen geben vor jeder Operation, besonders Abdominaloperation, einige Zeit Digitalis, speziell Digipurat in Tabletten. E. Meyer und Reinhold (Med. Univ.-Klinik, Göttingen) kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß die prophylaktische Digitalisierung von normalen Herzen vor Operationen keinen Vorteil, eher gewisse Gefahren bietet. Nach der Operation ist oft dringend muskuläre oder venöse Digitaliszufuhr erforderlich und, wenn der Organismus schon mit Digitalis überschwemmt war, entsteht hohe Kumulierungsgefahr. Ferner ist während der Operation nicht selten Suprarenininjektion notwendig. Digitalisvorbehandlung ist aber bei manchen Menschen eine Kontraindikation für die Suprareninapplikation; man sieht dabei bisweilen höchst gefährliche Gefäßkonstriktionen. Da der Chloroform-Herzstillstand unter Umständen durch intrakardiale Adrenalin- oder Strophantininjektion aufgehoben werden kann, ist unnötige Vorbehandlung mit Digitalis zu vermeiden. Die Hauptgefahr der Vasomotorenlähmung wird verringert durch Vorbehandlung mit Koffein, Adrenalin, Kampfer, Hexeton und eventuell auch Strychnin.

Anders liegen die Verhältnisse bei den vor der Operation als krank erkannten Herzen. Hier ist zuweilen eine kürzere oder längere Krankheitsbehandlung mit Digitalis notwendig, deren Einzelheiten und Dosierung am besten der Spezialinternist bestimmen soll. Bei Überleitungsstörungen empfehlen sich z. B. ganz kleine Digitalisdosen in Verbindung mit Atropin und Physostigmin. Hypertrophische Herzen vertragen mehr Digitalis. Bei Überdehnung des rechten Herzens mit gelegentlichen Vorhofsextrasystolien empfehlen sich wegen der Gefahr des Vorhofflimmerns wieder kleine Digitalisgaben usw. (Klin. Wschr. Nr. 41, 1925.)

Ellenbogenluxation — Einrichtung.

Die Luxation beider Vorderarmknochen nach hinten ist eine häufige „typische" Verletzung. Sie kommt durch Überstreckung des Ellenbogengelenkes zustande. Das Olekranon bildet dabei ein Hypomochlion, indem es in die Fossa supratrochlearis posterior eingestemmt wird, während der Processus coronoideus auf der Trochlea oder hinter ihr fixiert wird. Differentialdiagnostisch hat man sich besonders vor Verwechslung mit der suprakondylären Hyperextensionsfraktur zu hüten. — Zur Reposition wird die Methode nach Roser am meisten angewandt. Sie wiederholt den Mechanismus der Luxation und soll durch Hyperextension den Processus coronoideus aus seiner Verankerung loshebeln und dann durch Zug und Flexion des Vorderarmes die Gelenkenden wieder in die richtige Stellung bringen. Die Methode ist recht roh und gibt zu Kapselzerreißungen, Beschädigung der Gelenkenden, auch der Gefäße und Nerven Veranlassung. — Wilms empfiehlt Zug am Vorderarm, während der Oberarm durch die Hand eines Assistenten fixiert wird; während des Zuges sind leichte Drehbewegungen des Vorderarmes auszuführen. — Von älteren Verfahren sind noch zu erwähnen die forcierte Beugung des luxierten Ellenbogens um den eingelegten Vorderarm des Operateurs und die Distraktionsmethode nach

Dumreicher, bei welcher am Vorderarm in senkrechter Richtung zur Oberarmachse ein Zug ausgeübt wird.

Alle diese Verfahren beruhen auf Hebelwirkung und bedürfen daher einer gewissen Gewalt. Prof. Kreuter (Nürnberg) hat dagegen eine Methode gefunden, die auf jede Hebelwirkung verzichtet und sich lediglich einer Gleitwirkung mit Druck und Gegendruck bedient. Der Kranke liegt in Seitenlage (natürlich auf dem gesunden Arm). Eine kurze Rauschnarkose ist bei empfindlichen Patienten ratsam, aber durchaus nicht notwendig. Man tritt von rückwärts an das luxierte Ellenbogengelenk heran. Mit dem Zeige- und Mittelfinger je einer Hand umfaßt man von vorne her je einen Kondylus des Humerus. Die Daumen beider Häude des Operateurs werden von hinten auf das Olekranon aufgelegt. Während man nun auf die Humeruskondylen einen Druck nach hinten und gleichzeitig auf das Olekranon einen Druck nach vorne ausübt, welcher kaum eine Kraftleistung erfordert, gleiten die Vorderarmknochen nahezu selbst in die normale Stellung zurück. Es ist kein Muskelwiderstand zu überwinden, keinerlei Hebelwirkung notwendig, Nebenverletzungen sind ausgeschlossen. Sollte mit der Luxation nach hinten eine seitliche Abweichung nach außen oder innen verbunden sein, so soll man diese seitliche Dislokation zunächst ausgleichen. Ist dann die reine Luxation nach hinten hergestellt, so gelingt die Reposition verblüffend leicht nach obigem Verfahren.

Die Methode hat sich dem Verfasser seit mehreren Jahren stets bewährt, einmal auch bei Ellenbogenluxation mit Bruch beider Vorderarmknochen, in welchem Falle die gebräuchlichen, auf Hebelwirkung beruhenden Verfahren natürlich undurchführbar gewesen wären. (Fortschr. d Ther. Nr. 15, 1925.)

Gesichtsfurunkel — Behandlung.

Morian berichtet über 103 an der Chir. Univ.-Klinik in Leipzig beobachtete Fälle. Die Gesichtsfurunkel unterscheiden sich anfangs nicht von Furunkeln an anderen Körperstellen, können aber in ihrem weiteren Verlaufe infolge der sich manchmal anschließenden Thrombophlebitis mit Verschleppung der Infektionskeime in das Schädelinnere lebensbedrohlichen Charakter annehmen. Gefördert wird diese Verschleppung durch das rege Spiel der Gesichtsmuskulatur, durch den Kauakt (daher Sprechverbot und nur flüssige Nahrung), durch das Ausdrücken und bisweilen wohl auch durch eine Inzision des Furunkels. Die Therapie war konservativ („Ars Medici" 1924, S. 13); Ruhigstellung, Salben, Umschläge, flüssige Kost. Karbolsäure kam wegen der Gefahr der Sekretretention durch den Schorf nicht zur Anwendung, ebensowenig die Laewensche Eigenblutumsprizung („Ars Medici" 1924, S. 449). Am gefährlichsten waren die Oberlippenfurunkel. Die Gesamtmortalität betrug 10.7%, bei Sitz an der Oberlippe jedoch 63.7%. Bei den malignen septischen Krankheitsprozessen war jede Therapie vergebens; sie führten ausnahmslos zum Tode. Die Metastasen fanden sich dann gewöhnlich in der Lunge, aber auch in anderen inneren Organen; oft kam es auch zur eitrigen Meningitis. Starke ödematöse Anschwellung des Gesichts kam öfters vor, ist aber für sich allein kein unbedingt ungünstiges prognostisches Vorzeichen. Männer waren öfter erkrankt als Frauen. (D. Ztschr. f. Chir., Bd. 193, H. 1/2, 1925.)

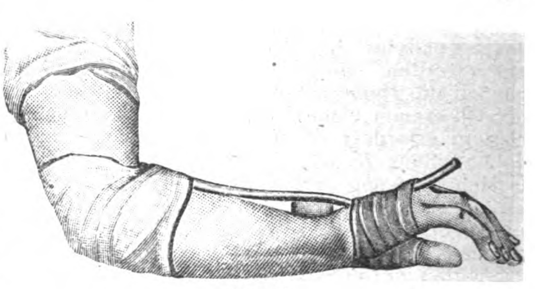
Knochenbrüche — Behandlung in der Praxis (Fortsetzung).

Von Prof. F. Lange (Leipzig).

Die Radiusfraktur ist der häufigste Knochenbruch. Nach Böhler brechen sich in Deutschland jährlich zirka 7000 Menschen den Radius. Meistens ereignet er sich durch Fall auf die dorsalflektierte und

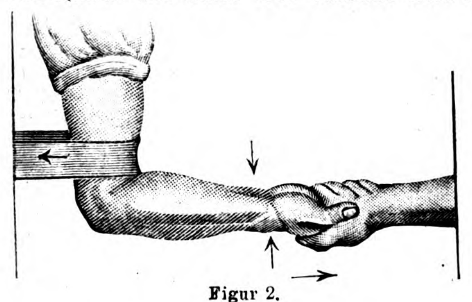
pronierte Hand und sitzt 1 bis 3 cm oberhalb der Gelenkspalte. Sehr oft ist auch der Proc. styloid. ulnae mitdurchrissen. Das distale Fragment und damit die Hand sind meist dorsal- und radialwärts verschoben (Bajonettform), so daß das untere Ulnaende stark hervortritt. Doch ist das Eingipsen in extremer Volar- und Ulnarflexion ebenso falsch wie beim typischen Knöchelbruch in übertriebener Supination. Ebenso ist Mitfixierung der Finger fehlerhaft. Die Behandlung richtet sich nach folgenden drei Möglichkeiten:

1. Ist die Fraktur nicht disloziert oder in guter Stellung eingekeilt, so kann man schon vom ersten Tag ab vorsichtig massieren und bewegen; es genügt eine Mitella oder ein Heftpflasterverband.



Figur 1.

2. Bei Einkeilung in schlechter Stellung ist Korrektur in Narkose erforderlich. Vielfach genügt starke Extension, eventuell unterstützt durch volarwärts gerichteten Druck auf das distale Fragment. Hält die Korrektur (Einkeilung in richtiger Stellung), so gipst man in Mittelstellung ein (180° Streckung, Supination und Mitte zwischen Radial- und Ulnarabduktion). Der Verband reicht von den Fingergrundgelenken bis zum oberen Drittel des Vorderarms und wird auf der dorsalen Seite des unteren und auf der volaren des oberen Fragments gut anmodelliert, wodurch ein korrigierender Druck auf die Fragmente ausgeübt wird. Als Polsterung eine Lage Zellstoff, Tupfer am zweiten und fünften Metakarpus und am unteren Ende von Radius und Ulna. Der Verband wird auf der Dorsalseite geschlitzt, die Finger werden vom ersten Tage ab täglich passiv und aktiv in allen Gelenken ad maximum bewegt. Nach ein bis zwei Wochen täglich eine halbe Stunde Verbandabnahme und Massage. Heilung in zirka vier Wochen. An Stelle eines Gipsverbandes kann man auch eine Schiene, z. B. die Radiusschiene nach M a t t i (Figur 1) verwenden. Der dorsale Tupfer drückt das distale Bruchstück volarwärts.



Figur 2.

3. Wenn der Bruch nach der Einrichtung in Narkose sich sofort wieder in die falsche Stellung verschiebt (Fehlen der Einkeilung meist wegen schrägen Verlaufes der Bruchlinie), so genügt die beschriebene Fixierung nicht, sondern es muß außer dem auf das distale Bruchstück volarwärts gerichteten Druck eine kräftige L ä n g s e x t e n s i o n ausgeübt werden (Figur 2). Um diesen Zug auch im Verband dauernd auszuüben, muß man die periphere Angriffsfläche durch maximales Spreizen der Finger mittels dazwischengelegter Tupfer erweitern. Dadurch wird auch die Hand-

fläche erweitert und verhindert, daß sie zentralwärts in den Verband hineinrutscht. Jetzt hat der Verband den richtigen Gegenhalt an der Mittelhand. Man braucht nur die Spreizstellung der Metakarpen gehörig herauszumodellieren. Metakarpus I und V und die Bruchstelle werden am besten mit Sattlerfilz (oder Zellstoff), die Humeruskondylen und das Olekranon mit Tupfern besonders gepolstert. Die Gipsbindenschicht besteht in der Hauptsache auf der ulnaren und radialen Seite aus zwei kräftigen Längsgipsschienen, die durch dünnere Zirkulärtouren zusammengehalten werden. Der Verband reicht von den Fingergrundgelenken bis zur Oberarmmitte. Nach dem Hartwerden wird er der Länge nach auf der Beugeseite geschlitzt Cave Zirkulationsstörungen; eventuell Erweiterung der Rinne durch eingeschobenen Keil. **Dauer der ununterbrochenen Fixierung mindestens vier Wochen.** Ergibt die Röntgenkontrolle eine dorsale Verschiebung des distalen Fragments, so wird daselbst aus der dorsalen und volaren Seite des Verbandes ein talergroßes Fenster herausgeschnitten und die Stellung durch einen dorsalen Tupfer korrigiert. Nach vier Wochen täglich Massage, wobei Knochenverschiebung wegen des noch weichen Kallus zu vermeiden ist; nach sechs Wochen endgültige Verbandabnahme. Fingerübungen schon vom zweiten bis dritten Tage ab. (W. m. W. Nr. 36, 1925.)

Postanginöse Pyämie — Jugularisunterbindung.

In manchen Fällen schwerster postanginöser Pyämie ist die Thrombophlebitis der Vena jugularis das Zwischenglied zwischen dem lokalen Infekt und der generalisierten bakteriellen Invasion, von dem immer neuerlich Nachschub des infektiösen Materials erfolgt. Melchior (Breslau) versuchte in einigen Fällen die Unterbindung der Vena jugularis. Zweimal war der Versuch von Erfolg gekrönt. Namentlich bei einem 33jährigen Kranken sistierten vom Augenblicke des Eingriffes an die Schüttelfröste vollkommen mit unverkennbar günstiger Wandlung des Allgemeinzustandes. (Ztrlbl. f. Chir. Nr. 36, 1925.)

Geburtshilfe und Gynäkologie.

Adnexentzündungen — Richtlinien für die Behandlung.

Von Prof. C. J. Gauss (Würzburg).

Die akuten Adnexentzündungen sind konservativ zu behandeln; Operation bessert die Heilungsaussichten nicht, gefährdet aber das Leben der Kranken. Eine Ausnahme macht nur das in Vereiterung begriffene parametrane Exsudat, dessen rechtzeitige Inzision an geeigneter Stelle vor Durchbruch in die Bauchhöhle schützt und zu schnellerer Ausheilung führt. Der Wert der modernen „Reiztherapie" bei akuten Adnexentzündungen ist zweifelhaft; nur bei akuter gonorrhoischer Pyosalpinx scheint Gonokokkenvakzine spezifisch günstig zu wirken; auch Röntgenbestrahlung oder Röntgenschwachbestrahlung des Unterleibes kann bei dieser Form versucht werden. Im allgemeinen wird man gut tun, sich auf die alten, bewährten Heilmethoden zu beschränken: Bettruhe, Wärme (manchmal wirkt der Eisbeutel besser) und schmerzstillende Medikamente (am besten die keine Obstipation verursachende Belladonna in Form von Suppositorien).

Die chronischen Adnexentzündungen erfordern wesentlich differentere Behandlungsmethoden. Die Therapie soll vorsichtig begonnen und langsam gesteigert werden; hiebei ist die Leukozytenzahl ein guter Gradmesser für das Abklingen der frischen Entzündung; sie pflegt

im akuten Stadium bis zu 25.000 zu betragen, um allmählich bis zur Norm abzusinken. Das souveräne Mittel ist auch bei der chronischen Adnexentzündung die Wärme; am mildesten wirken wohl Lichtbogen, Wärmeflaschen, Heizkissen und Leinsamenumschläge; Diathermie und Fangopackungen wirken wohl energischer, werden aber meist erst nach gänzlichem Abklingen der akuten Entzündung gut vertragen. Im rein chronischen Stadium sind auch warme Sitzbäder, heiße Scheidenspülungen, Vaginaltampons mit 10%igem Ichthyol-Glyzerin am Platze sowie schließlich die parenterale Reiztherapie. Bei der letzteren scheint es gleichgültig, welches der vielen zur Verfügung stehenden Präparate man wählt; wichtig ist nur eine tastende Dosierung, so daß der zu setzende Reiz nicht über die Schwelle der erregenden Wirkung hinausgeht (Zimmers Schwellenreiztheorie). Verfasser selbst hat wegen der schwierigen Dosierung und der bei wiederholter venöser Eiweißinjektion immerhin bestehenden Anaphylaxiegefahr die parenterale Reiztherapie auch bei den chronischen Adnexentzündungen aufgegeben und wendet sie nur noch bei der akuten und chronischen Gonorrhoe in Form der spezifischen Vakzine an, auf die er (ohne gleichzeitige Lokalbehandlung!) große Stücke hält. Eine spezifische Vakzinationstherapie bei der Genitaltbc. scheint dagegen weniger aussichtsreich; hier ist die frühzeitige Anwendung kleiner, wiederholt applizierter Röntgendosen die Therapie der Wahl. In allen Fällen, die auf die konservativen Behandlungsmaßnahmen nicht ansprechen wollen oder sogar Verschlimmerung zeigen, muß an die Möglichkeit einer tuberkulösen Ätiologie gedacht werden. Probelaparatomie sichert die Diagnose, doch soll man bei solcher Operation nur kleine, leicht wegzunehmende Gewebsteile entfernen, da radikalere Operationsmethoden bei Genitaltbc. notorisch eine schlechte Prognose bieten. — Bei nichttuberkulöser chronischer Adnexentzündung kann man auch noch eine andere Form der Reiztherapie mit Nutzen anwenden, die intramuskuläre Injektion von 20 cm³ Eigenblut, das der Patientin aus der Armvene entnommen und sofort wieder (mehrere Male, jeden zweiten Tag) eingespritzt wird. Auch die sogenannte Belastungstherapie zeitigt gute Erfolge; sie stellt — in Form eines bei Beckenhochlagerung der Kranken eingelegten mit Schrot oder Hg gefüllten Kolpeurynthers — eine schonende Form der inneren Masage dar und ist der nicht immer unbedenklichen bimanuellen Massage vorzuziehen. — Alle diese Maßnahmen sind durch eine zweckmäßige Allgemeinbehandlung des Körpers zu unterstützen. Zweifellos liegen die Verhältnisse hiefür im Bade- und Kurort am günstigsten, wo die Umstellung des ganzen Tageslaufes im Verein mit dem „genius loci" die Wirksamkeit aller Prozeduren erhöht. Versagt die klinische Behandlung und auch der Kurort (notfalls die einfache Sommerfrische oder das Erholungsheim), so tritt alsbald die Indikation zur Operation in ihre Rechte. Charakteristischerweise ist jedoch die Chirurgie der entzündeten Adnexe in der letzten Zeit immer konservativer geworden. Sie wird an den meisten Kliniken allmählich durch die Strahlentherapie verdrängt, besonders seitdem man gelernt hat, die erwünschte Heilwirkung durch eine Abstufung der Strahlendosis ohne Daueramenorrhoe zu erreichen. Hier sind die bisherigen Erfahrungen noch weiter auszubauen, und es dürfte die operative Therapie der entzündlichen Adnexe bald nur noch für verhältnismäßig sehr wenige Fälle angezeigt sein. (D. m. W. Nr. 40/41, 1925.)

Blutungen in der Nachgeburtsperiode — transperitoneale Injektion.

Bei bedrohlichen Blutungen in der Nachgeburtsperiode empfehlen Jacobs und Bergmann (Krankenh. Berlin-Lichtenberg) warm die

intraperitoneale Injektion von Wehenmitteln direkt in die Uterusmuskulatur. Man umfaßt den Uterus wie zum Credé, so daß der Fundus der Bauchwand dicht angepreßt wird. Da, wo der Daumen der Haut aufliegt, wird diese mit Jod oder Alkohol desinfiziert. Hier sticht man mit einer sterilen Rekordspritze und gewöhnlicher Injektionsnadel senkrecht durch die Bauchdecken in die Fundusmuskulatur. Man injiziert erst probeweise einen kleinen Teil der Flüssigkeit; bei richtiger Technik fühlt man augenblicklich unter dem tastenden Daumen eine harte Kontraktion. Nun spritzt man den Rest des Spritzeninhaltes ein, und im Nu bäumt sich der Uterus steinhart auf. Als Injektionsmittel empfiehlt sich vor Ausstoßung der Plazenta Pituglandol (1 bis 2 cm³); nach der Geburt der Plazenta ist eine kombinierte Gabe von Pituglandol plus Sekale (Secacornin, Ergotitrin; weniger empfehlenswert Tenosin, welches transperitoneal gegeben, Flimmern, Pulskleinheit verursachen kann) am zuverlässigsten. Der durch die transperitoneale Injektion hervorgerufene Kontraktionszustand hält etwa zehn Minuten an; auch nachher noch ist der Uterus für Massage u. dgl. erhöht empfindlich. Inzwischen können dann außerdem verabfolgte intramuskuläre Injektionsdepots zur Geltung kommen. Auch beim Kaiserschnitt injizieren die Verfasser nach Entwicklung des Kindes in die Schnittflächen der Uterusmuskulatur 1 bis 2 cm³ Pituglandol und sehen sofort die Kontraktion des Uterus zu einer harten Kugel, aus der sich die Plazenta mit Leichtigkeit exprimieren läßt. Die Erfolge bei Nachgeburtsblutungen waren stets prompt; ja im Falle eines asphyktisch geborenen Kindes verdankt auch dieses wohl der transperitonealen Injektion sein Leben, da infolge der raschen Blutstillung durch die Injektion rechtzeitig genug Wiederbelebungsversuche angestellt werden konnten. Gerade dem Geburtshelfer im Privathaus wird die Methode außerordentliche Dienste leisten. Sie versagte nur in den seltenen Fällen von Mißbildung des Uterus (Hornbildung) und wirklicher Placenta accreta. (Ztrlbl. f. Gyn. Nr. 30. 1925.)

Zur Geburtshilfe in der Landpraxis

erteilt Prof. Peters einige beachtenswerte Ratschläge.

Bei verschleppter Querlage wird an der Klinik die Sectio gemacht, während dem Landarzt oft nur mehr die Embryotomie oder Dekapitation übrigbleibt. In vielen Fällen, wo die Beweglichkeit der Frucht bereits bedenklich geschwunden und die Wendung schon sehr riskant ist, gelingt es jedoch, durch Wiederauffüllen des wasserleer gewordenen Uterus mit zirka 500 bis 600 g sterilen Wassers mittels des von Peters angegebenen Auffüllungsmetreurynters die Beweglichkeit der Frucht wieder herzustellen und dem Entstehen einer vernachlässigten Querlage vorzubauen.

Bei plattem Becken mit einer Konjugata von 8 bis 8½ cm wird man sich am Lande, namentlich wenn die Frau schon ein bis zwei Kinder mit vorangehendem Schädel tot geboren hatte, viel eher zu einer prophylaktischen Wendung entschließen, da der nachfolgende Kopf viel leichter durch Zug von unten und Druck von oben (Martin-Wigandscher Handgriff) durchgebracht werden kann.

Ebenso wird der Landarzt im Gegensatz zur Klinik (Sectio, Hebosteotomie) prophylaktisch den vorderen Fuß herunterholen, wenn bei einer Steißlage der Steiß trotz guter Wehen beweglich über dem Eingang stehen bleibt. Ist das Orifizium für die Hand noch nicht passierbar, so sucht man durch Kolpeuryse die Blase möglichst lange zu erhalten; ist sie schon gesprungen, so Erweiterung durch Metreuryse.

Bei Placenta praevia scheint nunmehr an der Klinik die Sectio caesarea für Mutter und Kind die besten Resultate zu ergeben. Für den Landarzt bleibt die Wendung nach Braxton Hicks am zweckmäßigsten. Es ist aber dringend dazu zu raten, immer die Wendung auf das Beckenende durch äußere Handgriffe vorauszuschicken (eventuell in Narkose)! Diese ist leicht durchführbar, da es sich ja meist um eine kleine, noch völlig bewegliche Frucht und um einen schlaffen Uterus bei einer Mehrgebärenden im ersten Wehenbeginn handelt. Man bringt dadurch von vornherein das Beckenende und den nach Durchführung der Wendung nach Braxton Hicks zu ergreifenden Fuß in die Nähe des unteren Eipols und kann ihn nun ohne Gefährdung des leicht zerreißlichen Zervixgewebes mit den zwei in den Uterus eindringenden Fingern leicht erfassen und herunterholen. Anschließend bekanntlich höchstens ganz leichte Extension am Fuß zur Blutstillung, keinesfalls Extraktion, sonst tödliche Blutung durch Zervixriß!

Die vorzeitige Plazentalösung kann lange noch vor Weheneintritt infolge von Traumen, akuten Infektionskrankheiten, Nephritis, Lues, Endometritis auftreten. Das Kind stirbt ab, es bildet sich ein großes retroplazentares Hämatom, die Mutter wird akut anämisch und kann sich in den schlaffen Uterus hinein verbluten. Der Praktiker kann da nichts anderes machen als sofortige Blasensprengung, Einlegen eines Metreurynters mit Extension und Verabfolgung starker Gaben von Ergotin o. dgl. (An der Klinik Sectio.)

Noch immer werden in der Praxis zu viele manuelle Plazentalösungen gemacht und dadurch schwere Puerperalprozesse verursacht. Wie viele könnten vermieden werden, wenn eine erfolglose kräftige Expression zunächst in Narkose wiederholt würde! Bei der manuellen Lösung liegt die Gefahr weniger in der Hand (Gummihandschuhe, ein Paar auch in der Reserve!) als in dem Mithinaufschleppen von pathogenen Keimen aus der Vagina und Vulva. Deren Passage muß daher vermieden werden, indem man mit breiten Spateln die Portio einstellt, beide Labien mit starken Krallenzangen faßt und die Portio bis in das Niveau der Vulva herabzieht. Nun wird neben den Spateln die Vulva mit sterilen Gazekompressen abgedeckt und die Hand geht in den Uterus ein. (W. m. W. Nr. 35 und 40, 1925.)

Die weibliche Genitaltbc.

findet sich nach O. Pankow (Düsseldorf) in 2% aller weiblichen Leichen und in 4 bis 5% aller tuberkulösen weiblichen Leichen, und zwar am häufigsten im 21. bis 30. Lebensjahr. In fast 90% sind die Tuben mitbeteiligt und die Tubenpassage gewöhnlich aufgehoben. Eine Konzeption ist daher höchstens im Anfangsstadium möglich, solange sich der Prozeß auf die Wand beschränkt; später ist dauernde und unheilbare Sterilität die Folge. Der Uterus ist nur in zirka 50% mitbeteiligt (im Beginn nur in 30%), das Ovar in zirka 12%. Eine Abrasio mucosae (Kürettement) kann daher zum akuten Aufflackern der Tbc., selbst zur Miliartbc. führen. Eine Kombination von Uterustbc. und Gravidität ist wohl meist so zu erklären, daß der Tbc. Prozeß in graviditate entstanden ist, und zwar meist ausgehend von der in zirka 90% bestehenden primären Lungentbc., die in 75% durch die Gravidität deutlich verschlimmert wird.

Wie erkennt man eine entzündliche Adnexschwellung als Tbc.? Zunächst ist nach H. Sellheim (Halle a. S.) deutliche Knotenbildung in Rosenkranzform suspekt auf Tbc., namentlich wenn einzelne Knoten sich steinhart anfühlen (Verkalkung).

Findet man gleichzeitig eine Bauchfell- oder Uterustbc., so ist auch der spezifische Charakter der Adnexitis festgestellt. Für Bauchfelltbc. sprechen abgesackter Aszites, Verwachsungen; man fühlt im kleinen Becken unscharf begrenzte, scheinbar solide Schwellungen, die jedoch einen tympanitischen Schall ergeben (Beteiligung des Darmes an der Tumorbildung) und auch bei wiederholtem Palpieren ein Gurren oder Quatschen hören lassen. Nach einer stärkeren Darmentleerung wird der Scheintumor (verwachsene Darmpakete) kleiner, härter, deutlicher. Rektal tastet man oft kleine, etwa hirsekorngroße, zahlreiche, gleichgroße Knötchen (Tuberkeln) an der hinteren Platte des Lig. latum im Verlauf der Ligg. sacrouterina an der seitlichen Bauchwand, hinteren Uteruswand usw. Dieser Befund (Hegar) ist beweisend für Tbc. und kann manche Unterleibsbeschwerden mit einem Schlag klären.

Die Tuberkulinprobe (Herdreaktion) ist, wie Pankow nachweist, für die Diagnose der Genitaltbc. wertlos. Alle Arten von Adnexentzündungen, tuberkulöse, gonorrhoische und septische können nach subkutaner Injektion von Tuberkulin oder auch von nichtspezifischen Mitteln (Terpentin, Kaseosan, Gonargin o. dgl.) mit einer positiven Herd- oder Allgemeinreaktion antworten.

Sehr bedeutsam sind oft die Anamnese (Drüsentbc., Pleuritis, „Bauchwassersucht" in der Kindheit, familiäre Belastung, spätes Einsetzen der Menstruation, Sterilität ohne Gonorrhoe des Mannes) und der sonstige Befund (Narben am Hals oder Kieferwinkel nach vereiterten Drüsen usw.).

Prof. A. Mayer verweist auf konstitutionelle Eigentümlichkeiten: Allgemeine Asthenie, Unterentwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale, genitale Hypoplasie, Oligo-, Hypo- und Dysmenorrhöe usw. (Die extrapulm. Tbc., H. 4, 1925, Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien.)

Die gynäkologischen Blutungen

zerfallen nach Prof. Seitz (Gießen) nach der Anamnese und nach den klinischen Erscheinungen in drei Grundformen.

I. Hypermenorrhoe = verstärkte Blutung bei erhaltenem Regeltyp. — Ursachen: a) Störungen der Blutverteilung in Form der passiven Hyperämie im kleinen Becken bei Herzfehlern, Lungen-, Nieren- und Leberleiden, allgemeiner Hypotonie des Venensystems, unzweckmäßiger Lebensweise; in Form der aktiven Hyperämie bei entzündlichen Erkrankungen im kleinen Becken, Hypertonie, Plethora, gesteigerter Funktion des Ovariums; b) auf Grund örtlicher Störungen: Muskuläre Insuffizienz des Uterus (Infantilismus, Hypoplasie, Fibrose, interstitielle Myome; c) selten und fraglich: mangelhafte Gerinnbarkeit des Körperblutes; d) Lageveränderungen wirken nicht unmittelbar, sondern auf dem Umwege über eine Insuffizienz der Uterusmuskulatur oder eine asthenische Gesamtkonstitution auf die Stärke der Blutung. Anatomie: Uterusschleimhaut und Ovarium normal, höchstens Endometritis interstitialis. Therapie: Bei Anomalien der Blutverteilung Behandlung der Grundursache: Regelung der Lebensweise, Beseitigung der Reste von Entzündungen, je nach der Lage des Falles durch physikalisch-diätetische, wenn nötig auch operative Maßnahmen mit Lagekorrektur des Uterus. Bei allgemein zu starker Blutfülle und arterieller Hypertonie unter Umständen Aderlaß und hydrotherapeutische Maßnahmen. Bei Muskelschwäche des Uterus Reizabrasio, Sekalekur, bei infantil-hypoplastischen Formen auch Ovarialpräparate, in geeigneten Fällen Kalzium.

II. Polyhypermenorrhoe = Verstärkung der Blutung mit Verkürzung der Intervalle. — Ursachen: Ovariell durch ungleichmäßigen

Ablauf der Zyklusveränderungen im Ovarium. Die Störung im Ovarium kann bedingt sein, a) durch eine Funktionsstörung in einem über- oder gleichgeordneten innersekretorischen Organ, vor allem der Schilddrüse, b) durch Alteration des Ovarialparenchyms bei einer entzündlichen Erkrankung des Gesamtgenitale. Anatomie: Entweder keine sichtbaren Veränderungen, Funktionsbild von Ovarien und Schleimhaut dem Tage des verkürzten Intervalls entsprechend oder zeitliche Verschiebungen meist im Sinne einer Verkürzung der Sekretionsphase. Bei ganz ungleichmäßigen Intervallen gelegentlich auch ganz verschiedenartige Bilder nebeneinander. Therapie: Vor allem Behandlung des Grundleidens, nämlich des Entzündungsprozesses oder der endokrinen Störungen.

III. Metrorrhagien = Dauerblutungen ohne erkennbaren Typ. — Ursachen: a) Im geschlechtsreifen Alter gewöhnlich eine gestörte Gravidität: Abortus imminens, Abortus incompletus, Subinvolutio deciduae post abortum, Retentio chorii, Endometritis interstitialis post abortum oder post partum, Extrauteringravidität, beginnendes Chorionepitheliom. Therapie: Behandlung der Graviditätsstörung, also meist Abrasio oder Ausräumung, soweit nicht durch Fieber, Verdacht auf Extrauteringravidität oder anderes kontraindiziert. b) Juvenile und präklimakterische Metrorrhagien. Ursachen: Ausgesprochene ovarielle Störungen im Sinne einer Persistenz der Follikel, Ausbleiben der Corpus-luteum-Bildung mit glandulär-zystischer Umwandlung der Uterusschleimhaut. Therapie: Bei der juvenilen Form Abrasio, Sekale, Adrenalin, Pituglandol, Kalzium, unter Umständen Ovarienresektion, Milzreizbestrahlung, bei der präklimakterischen und klimakterischen Form Abrasio; wenn die Blutung nicht alsbald sistiert, Röntgen- oder Radiumbestrahlung. c) In allen Lebensaltern vorkommende gutartige und bösartige Tumoren, wie Polypen der Zervix und des Korpus, submuköse Myome, Sarkome, Karzinome verschiedener Lokalisation. Therapie: Durch das Grundleiden gegeben. (Klin. Wschr. Nr. 40/41, 1925.)

Pädiatrie.

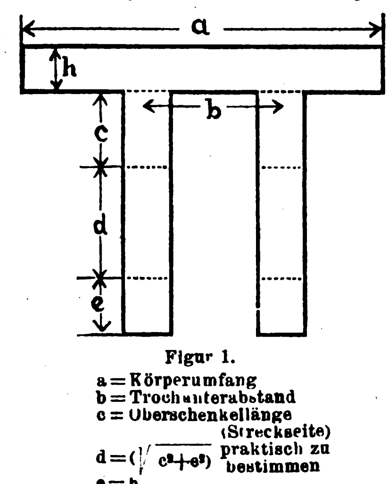
Angeborene Hüftluxation — Frühdiagnose und Therapie.

Für die möglichst baldige Behandlung setzt sich auch Prof. H. Hilgenreiner (Deutsche Univ.-Kinderklinik Prof. Fischl, Prag) ein. Je früher die Reposition, desto einfacher der Eingriff (beim Säugling meist ohne Narkose möglich), desto kürzer die Retentionsperiode (beim Säugling nur wenige Wochen) und desto besser die Prognose, da Pfanne und Kopf sich besser ausbilden können.

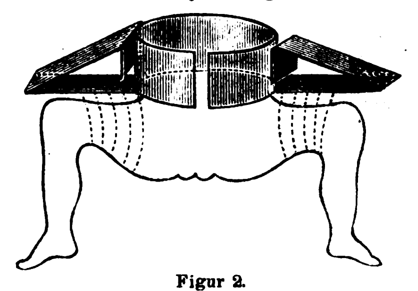
Frühsymptome: Neben eventueller Verkürzung eines Beines ist zu achten auf eine Asymmetrie der Glutäalgegend (der Inguinal-, Adduktoren- oder Glutäalfalten), auf die behinderte Abduktion (verringerte Spreizfähigkeit einer, bzw. beider Oberschenkel). Manchmal geben schon die Eltern an, daß das kranke Beinchen weniger bewegt (geschont) werde, bzw. daß das Kind beide Beinchen nicht spreizen kann, daß die betroffene Hüfte mehr empfindlich sei oder ein Bein eine abnorme Stellung zeige (meist abnorme Außenrotation). Manchmal hört man beim Bewegen der Hüfte abnorme Geräusche, namentlich bei älteren Kindern, die durch Strecken der Hüfte die Luxation willkürlich erzeugen und durch Beugung unter deutlichem Geräusch wieder reponieren können. Manchmal ist die Vulva nach der luxierten Seite verzogen. Man achte ferner auf eine Verschiedenheit in der Richtung der Achsen beider Oberschenkel bei gebeugtem Knie- und Hüftgelenk, auf die Möglichkeit einer stärkeren Außenrota-

tion und das etwas stärkere Vorspringen des Trochanter major auf der kranken Seite, auf die geringere Deutlichkeit der durch den Schenkelkopf bedingten Resistenz in der Schenkelbeuge, auf die auffallende Unsicherheit bei den ersten Gehversuchen, eventuell schon den etwas hinkenden Gang mit leichter Spitzfußstellung auf der kranken Seite. Man vergleiche schließlich die Abduktionsmöglichkeit beider Oberschenkel und durch Palpation den Stand beider Schenkelköpfe. Im Zweifelsfalle Röntgenbild, obwohl dem Skiagramm beim Säugling leider nicht immer die entscheidende Bedeutung zukommt wie beim älteren Kinde.

Zur Retention des reponierten Schenkelkopfes eignet sich am besten folgende einfache Pappendeckelschiene (Figur 1 und 2). An den punktierten Stellen wird die Schiene eingebogen, so daß die Figur 2 entsteht. Die Enden der beiden Seitenteile (e) werden mit dem Gürtelteil der Schiene durch einige Blaubindentouren oder Heftpflasterstreifen fest vereinigt. Nach Reposition der Luxation nach der Lorenzschen oder einer anderen Methode wird die gepolsterte Schiene dem ebenfalls leicht gepolsterten Körper des Kindes so angepaßt, daß die beiden Pappendreiecke in die von den rechtwinkelig abduzierten Oberschenkeln und dem Körper des Kindes gebildeten rechten Winkel zu liegen kommen, wo sie mit gewöhnlichen und Blaubindentouren an Körper und Oberschenkeln befestigt wird. Auch bei einseitiger Luxation werden beim Kleinkind prinzipiell beide Oberschenkel rechtwinkelig abduziert. (M. Kl. Nr. 37/38, 1925.)



Figur 1.
a = Körperumfang
b = Trochanterabstand
c = Oberschenkellänge (Streckseite)
$d = (\sqrt{c^2+e^2})$ praktisch zu bestimmen
e = h



Figur 2.

Exanthema subitum.

Unter diesem Namen haben amerikanische Autoren seit dem Jahre 1921 wiederholt ein bisher unbekanntes Krankheitsbild des jüngsten Kindesalters beschrieben. Seitdem haben sich in Amerika die Beobachtungen hierüber gehäuft, aber auch in Europa haben schon mehrere Autoren das neue Krankheitsbild öfter beschrieben. Jahorsky schlug den Namen „Roseola infantilis" vor, Glanzmann in Bern nennt die Krankheit „Kritisches Drei-Tage-Fieber", der Italiener Gismondi bezeichnet sie als „sesta malattia"; aber die Benennung „Exanthema subitum" ist wohl die treffendste. Prof. Bokay (Budapest) schildert seine Erfahrungen an elf selbstbeobachteten Fällen der letzten zwei Jahre: Die Krankheit beginnt plötzlich. Infolge des guten Allgemeinbefindens bemerken die Eltern meist nur durch Zufall, daß das Kind fiebert. Vier Tage lang bestehen außer

Fieber und Mattigkeit keine anderen Symptome. Das Fieber ist kontinuierlich (bis 40°) mit mehr oder minder ausgesprochenen Remissionen und sinkt am vierten Tage kritisch. Während des Fiebers stets ausgesprochene Leukopenie mit 80 bis 90% Lymphozyten. Das masernähnliche Exanthem tritt immer während der Entfieberung am ganzen Körper (besonders dicht am Rumpf) auf, erreicht zwölf Stunden nach der Entfieberung seinen Höhepunkt und verschwindet spurlos ohne Schuppung nach 24 bis 48 Stunden. Die erkrankten Kinder stehen am häufigsten im Alter von 6 bis 18 Monaten, doch werden einzelne Fälle auch bei älteren Kindern bis zu zehn Jahren beobachtet. Verwechslung mit Masern oder Rubeolen, mit toxischen oder Arzneiexanthemen war in allen beobachteten Fällen ausgeschlossen. Es handelt sich um eine eigene, bisher unbekannte, wahrscheinlich infektiöse Krankheit mit minimaler Kontagiosität, da bisher nur einmal direkte Übertragung bei zwei Geschwistern beobachtet wurde. Die Prognose ist günstig; die Rekonvaleszenz verläuft ohne Störungen. (D. m. W. Nr. 41, 1925.)

Keuchhusten — Klinik und Behandlung.

S. Meyer und Burghard berichten aus der Düsseldorfer Kinderklinik über 1064 im Laufe von 18 Jahren beobachtete schwere Pertussisfälle. Es handelte sich größtenteils um Säuglinge und Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahre, nur ein kleiner Rest betraf Kinder bis zum elften Lebensjahre. Zur Diagnose verwandten die Verfasser mit Menschenblut hergestellte Influenzaagarplatten, die sie anhusten ließen; in ein bis zwei Tagen geht in positiven Fällen die Kultur gram-negativer Stäbchen auf (wichtig bei Verdacht auf Keuchhusten wegen Verhütung der Weiterverbreitung). Bei Säuglingen ist der Verlauf der Krankheit anders als bei älteren Kindern. Beim Säugling fehlt das tönende Inspirium; nach einem kurzen katarrhalischen Vorstadium kommt es zu anfallweisem Husten ohne Pausen bis zur Erschöpfung. Das Gesicht wird zyanotisch, die Zunge herausgestreckt, Speichel und Schleim werden herausgewürgt; eigentliches Sputum fehlt wegen der Schwäche. Auch das strahlige Erbrechen am Schluß des Anfalles fehlt. Dagegen sieht man bei Säuglingen starke motorische Unruhe, von gequältem, kurzatmigen Schreien und mehrfachen Hustenstößen begleitet. Auch starke Nießanfälle können prämonitorisch oder als Äquivalent auftreten. Der weitere Verlauf ist bei Säuglingen oft sehr schwer, die Mortalität ist hoch. Im Anfall kann der Tod eintreten durch Glottiskrampf, allgemeine Krämpfe, Spasmophilie, Meningitis, Enzephalitis, Blutungen und Thrombosen im Gehirn. Auch die verschiedenen Komplikationen bedrohen das Leben des Säuglings, am häufigsten die Pneumonie. Sie kündigt sich an durch Verschlechterung des Aussehens, der Stimmung, Fieber, Unruhe, stärkeres Husten, Nahrungsverweigerung und Meteorismus. Nähert man das Ohr dem geöffneten Mund, so hört man ein feines, das sogenannte „orale“ Knistern, ähnlich der Crepitatio indux. Bei schwerster Pneumonie sistieren plötzlich die Anfälle, da die Kinder nicht mehr aushusten können; sie husten nur kurz in sich hinein und stöhnen. Auch Bronchiolitis kann sehr gefährlich werden. Andere Komplikationen sind die seröse und eitrige Pleuritis und die allgemeine Sepsis mit Meningitis, Osteomyelitis, Peritonitis und den verschiedensten Metastasen (fast immer tödlich). Bei diesen Sepsisfällen war stets Pneumonie vorausgegangen. — Auch Furunkel, Phlegmonen, Abszesse wurden öfters beobachtet. Manchmal gesellen sich auch ernste Ernährungsstörungen und Durchfälle hinzu mit schwerster Intoxikation und Atrophie, selbst bei richtig ernährten Brustkindern.

— Weiters sind Ödeme an Hand- und Fußrücken und gedunsenes Gesicht keine sehr seltene Erscheinungen. Die Ödeme sind meist kardialer oder kachektischer, seltener renaler Natur. Sie treten nur bei schwerster Erkrankung auf, ohne eine absolut letale Prognose zu bedeuten. — Viel seltener sind die hämorrhagische Nephritis und zentrale Extremitätenlähmung (infolge Hirnblutung?). Auf die Tuberkulose scheint die Pertussis nicht aktivierend zu wirken, denn gerade tuberkulöse Kinder überstanden den Keuchhusten öfters gut. Auch als Todesursache kam Tbc. selten in Betracht.

Die Behandlung bestand in Freiluftkur, ähnlich wie bei Tuberkulose (s. „Ars Medici" 1924, S. 455). Allerdings mußten die Säuglinge zum Trockenlegen und zum Füttern, falls dies im Bette zu geschehen hatte, im Winter ins Zimmer gebracht werden, so daß junge Säuglinge und sehr elende Kinder oft nur einige Stunden täglich im Freien gehalten werden konnten. Ebenso unterbrechen große Hitze, Sturm und Nebel die andauernde Freiluftbehandlung. Diese hat den großen Vorteil, daß sie den Kranken Ruhe verschafft, den Husten lindert, Appetit anregt und die Weiterverbreitung der Krankheit in der Anstalt erschwert. Arzneibehandlung versagte (Atropin, Chinin, Bromoform, Kodein, Thymipin, Drosithym, Lapispinselungen des Rachens); ebensowenig halfen Injektionen von Yatren, Äther und Hydrochinon. Auch Pockenimpfung („Ars Medici" 1925, S. 472) brachte keine sicheren Erfolge, ebensowenig Höhensonne und Pertussisvakzine. — Sehr wichtig ist die Diät; womöglich natürlich Muttermilch. Wo diese unmöglich, soll man jungen Säuglingen konzentrierte, kalorienreiche Nahrung geben: Buttermehl- und gezuckerte Vollmilch, Buttermilch mit Einbrenn oder Sahne, doch nur in geringen Mengen. Flüssigkeitsbeschränkung hilft die Schleimbildung vermindern. Daher sind am besten Breie, sogar schon vom dritten bis vierten Monat an. Der Magen zieht sich um den Brei zusammen und drängt das Zwerchfell nicht hoch; der Brei wird weniger leicht erbrochen und läßt sich bei Rachitis oder Tetanie milcharm zubereiten. An der Klinik bewährten sich Halbmilch-Mondaminbreie, Grießsuppen, Apfelmus, Buttermehlvollmilchbreie, Gemüse-(Kartoffel-)Breie, frischer Fruchtsaft. Bei Durchfällen wurden ungezuckerte Buttermilch oder Eiweißmilch-Mondaminbrei, Gelatinespeisen, Topfen (Quarkkäse) gegeben. Ältere Kinder bekamen auch geschabtes Fleisch, Zwiebackbrei, Kakes, Obst, Butterbrot, belegtes Brot.

Besonders wichtig ist die Sorge für genügende Schlafmenge, die durch 0.25 Adalin, 0.1 Luminal oder Noktal (eventuell auch an mehreren Abenden gegeben) zu erzielen ist. Der hustenkupierende „Kinngriff" kann zwar den einzelnen Anfall zuweilen abkürzen; das Leiden selbst wird jedoch nicht beeinflußt. Bei Keuchhustenpneumonie wurde öfters mit Erfolg der Aderlaß (bei jungen Säuglingen die Arteriotomie der Radialis) angewendet und 60 bis 80 cm³ Blut entleert. Lobelin wirkte gut auf die Atemlähmung, jedoch vorwiegend nur die erste Spritze; spätere hatten immer weniger Erfolg. (Ztschr. f. Kinderh. Bd. 40, H. 1/2, 1925.)

Die Rietschelsche Masernprophylaxe.

Mit der Degkwitzschen Masernprophylaxe beginnt eine neue Epoche in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten. Leider ist diese Schutzimpfung nicht überall durchführbar, da sie bekanntlich Serum von Masernrekonvaleszenten erfordert. Daher bedeutet das Verfahren von Rietschel („Ars Medici" 1924, S. 20) einen großen Fortschritt. Es wird dabei Blut von Erwachsenen, gewöhnlich der Eltern verwendet, und zwar werden 20 bis 30 cm³ aus der Kubitalvene entnommen und einfach sofort den Kindern glutäal oder in die Muskulatur des Oberschenkels injiziert. Dozent

Kovacs (Szeged) berichtet über eine Epidemie in einem Kinderasyl. 39 gefährdeten Kindern wurden je 20 cm³ Erwachsenenblut injiziert; die Injektion wurde gut vertragen; nur zwei Kinder hatten durch zwei Tage geringes Fieber. Von den 39 Kindern, die seit der Geburt in der Anstalt waren und nie Masern durchgemacht hatten, blieben 35 gesund, drei hatten nur eine abortive Erkrankung; nur ein Kind erkrankte an leichten, aber ausgesprochenen Masern. Ein Kind (Idiot), welches absichtlich nicht geimpft worden war, bekam typische Masern. Die einfache und überall leicht durchführbare Rietschelsche Masernprophylaxe ist also in der Praxis sehr brauchbar und empfehlenswert. (D. m. W. Nr. 41, 1925.)

Haut- und venerische Erkrankungen.

Das Ekzem zwischen den Zehen

ist, wie Prof. F. Pinkus ausführt, ein häufiges und langwieriges Leiden. Die Haut zwischen den Zehen schält sich ab, wird dünn und rot, näßt, juckt und schmerzt. Ist die Epidermis dünn, so sieht man kleine Bläschen mit serösem Inhalt, die sich besonders bei warmem Wetter rasch entwickeln. Unter dickerer Epidermis sind sie nicht so deutlich zu erkennen, verursachen aber auf Druck Schmerzen. Löst sich die Hornschicht ab, so sieht man eine wabenartige, schmerzende Fläche mit kleinen, runden Fächern, mit einem serösen oder schleimigen, eventuell dünn eitrigen Sekret bedeckt.

Es handelt sich um ein dishydrotisches Ekzem, durch sooráhnliche Pilze verursacht, deren Myzelfäden in den Schuppen leicht zu finden sind und die auch das intertriginöse Ekzem der Genitalgegend verursachen.

Therapie. Feuchte Umschläge durch 30 Minuten mit 2% Borsäure- oder 1:500 Resorzinlösung, eventuell auch kühle Fußbäder; nachher dick einpudern mit Rp. Bismuth. carbon. 1.0 bis 3.0, Talcum ad 30.0. Ist das Ekzem trocken und fast reaktionslos geworden (acht bis zehn Tage), so kann versucht werden, ob Spiritusabwaschungen (Rp. Liq. alumin. acet., Spir. vini ana 30.0, Aq. dest. ad 100.0) vertragen werden. 30%iger Spiritus, monatelang angewendet, schützt auch am sichersten vor Rückfällen. Nach jedem Fußbad Spiritusabwaschung und Talkpuder. In hartnäckigen Fällen, ohne stärkere Symptome (Wundsein, Risse) können außerdem Jodpinselungen versucht werden. Milder wirken Abwaschungen mit Rivanol 1:1000 bis 1:100 oder folgende Schüttelmixtur: Zinc. oxyd. + Talc. + Glyc. + 2‰ Rivanollösung ana 25.0, gleichzeitig mit obigen Spiritusabwaschungen.

Genügt obige Desinfektionsbehandlung nicht, so verwende man Teer, und zwar zwei bis drei Pinselungen in drei- bis viertägigen Intervallen mit unverdünntem Steinkohlenteer (am besten in Form von Lianthral oder Liqu. carbon. detergens, Merck), der auch bei stark entzündlichen Formen angewendet werden kann (vorübergehendes Brennen). Trocknet der Teer zu stark aus, so versuche man Balsam. Duret. Jedenfalls möglichst bald Übergang zu den Spiritusabwaschungen. (M. Kl. Nr. 39, 1925.)

Hypertrichosis — Diathermie.

San.-Rat Saalfeld-Berlin (der Verfasser des bekannten Lehrbuches der Kosmetik) bestätigt die gute Brauchbarkeit der Diathermie zur Haarentfernung, welches Verfahren Katz vor kurzem angegeben hat („Ars Medici“ 1925, S. 78). Saalfeld benützt einen kleinen Diathermieapparat „Uviotherm“ (Fa. „Agema“, Berlin N 24) und einen völlig isolierten Nadelhalter ohne Unterbrecher; die Gummihandschuhe erübrigen sich daher. Während der ganzen Behandlung bleibt der Strom eingeschaltet, und zwar

bei geringer Stromstärke (Knopf 2 des obengenannten Diathermieapparates). Nach Einführung der Nadel in den Follikel schließt man den Strom dadurch, daß die Patientin eine kreisförmige Metallelektrode von 5 cm Durchmesser auf die nicht behandelte Gesichtshälfte, auf den Hals oder die obere Brustpartie aufsetzt. Nach zwei bis drei Sekunden hebt die Patientin die Elektrode ab, so daß der Strom ausgeschaltet ist; das Haar kann nun mit der Zilienpinzette herausgezogen werden. Will man beim Ein- und Ausschalten des Stromes von der Patientin unabhängig sein, so kann man einen Fußunterbrecher oder einen Nadelhalter mit Unterbrecher benützen. Die Diathermiebehandlung der Hypertrichosis hat gegenüber der Elektrolyse den großen Vorteil der höheren Schnelligkeit; bei der Elektrolyse braucht man pro Haar 50 bis 60 Sekunden, bei der Diathermie zwei bis drei Sekunden. Infolge der kurzen Dauer kommt auch eine Schmerzhaftigkeit gar nicht zur Perzeption, und es ist erklärlich, daß Patientinnen, die beide Verfahren mitgemacht haben, die Diathermie vorziehen. (Derm. Wschr. Nr. 43, 1925.)

Salvarsanschäden — Behandlung.

Von Dr. F. Dietel (Univ.-Hautklinik, Erlangen).

Manche Menschen sind gegen Salvarsan überempfindlich, und es gibt derzeit noch keine Methode, um eine solche Überempfindlichkeit im voraus festzustellen. Daher ist bei der ersten Salvarsaninjektion eine sehr kleine Versuchsdosis anzuwenden. Wird sie gut vertragen, so kann man in ganz kurzen Abständen mit höheren Dosen behandeln. Dabei ist auf subjektive (Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen) und objektive Symptome (Fieber, Blässe, Zyanose, Tachykardie) genauestens zu achten. Besonders Fälle mit bei jeder Injektion zunehmenden Kopfschmerzen oder steigendem Fieber sind verdächtig und erfordern Wechsel des Präparates (Salvarsannatrium, Silbersalvarsan) oder gänzliches Aussetzen des Salvarsans und Behandlung nur mit Hg oder Wismut. Manchmal (besonders bei Patienten, die zu Angioneurosen neigen) wird Salvarsan in Wasser nicht vertragen, wohl aber die Lösung des Salvarsans in Afenil oder einer 10%igen Kalklösung. Ferner empfiehlt sich bei empfindlichen Patienten die Lösung in größerer Flüssigkeitsmenge (bei 0.6 Neosalvarsan mindestens 10 cm³) und ein sehr langsames Injizieren in die Vene. — Der Ikterus rührt meist nicht vom Salvarsan her, sondern ist ein Luessymptom. Daher können Kranke, die schon vor der Kur manifeste Erscheinungen von Lues II, Lebervergrößerung, Ikterus und Urobilinogenurie ohne Darmstörungen aufweisen, ruhig mit Salvarsan behandelt werden. Doch ist in solchen Fällen eine Minderwertigkeit des Leberparenchyms anzunehmen und im allgemeinen Behandlung mit kleineren Salvarsandosen zu empfehlen. Wo ein Zusammenhang zwischen Ikterus und der Salvarsanbehandlung wahrscheinlich ist, soll man von weiteren Salvarsandosen Abstand nehmen. — Die Salvarsandermatitis scheint in der letzten Zeit häufiger aufzutreten. Wurde ein Kranker mit Salvarsan und Hg zugleich behandelt, so erhebt sich oft die Frage, ob die Dermatitis vom Salvarsan oder vom Hg herstammt, und mit welchem Präparate man also die Kur fortsetzen kann. Dafür gibt es recht gute Unterscheidungsmerkmale: Das Salvarsanexanthem beginnt zumeist mit einem Brennen, einer Rötung und mit Samtartigwerden der Handinnenflächen und Fußsohlen und befällt hauptsächlich die Streckseiten der Gelenke; das Hg-Exanthem lokalisiert sich besonders an den Beugeseiten der Gelenke. Da nach Wismut nur äußerst selten Hautschädigungen auftreten, kann man eine kombinierte Salvarsan-Wismutkur nach Auftreten einer Dermatitis mit Wismut allein fortsetzen. Während

man früher die Salvarsandermatitis nur symptomatisch und mit Weglassung des Salvarsans behandelte, kann man heute die Hauterkrankung direkt mit dem von den Franzosen und Amerikanern eingeführten Natriumthiosulfat („Ars Medici" 1924, S. 316) zu heilen suchen. Das Natriumthiosulfat fällt die vergiftenden Metalle im Organismus und wandelt sie zu ungiftigen Schwefelmetallverbindungen um. Man injiziert venös absolut reines Natriumthiosulfat (Natr. thiosulfur. puriss. recristallisat. der Fa. Beiersdorf in Hamburg) in der Dosis von 0.6 g gelöst in 6 cm³ Aqu. dest. täglich oder jeden zweiten Tag und steigt mit der Dosis bis zu 1 g gelöst in 10 cm³ Aqu. destillata. Je früher diese Therapie beginnt, desto wirksamer ist sie; denn schon nach wenigen Tagen wird das Arsen im Organismus nicht mehr durch das eingespritzte Natriumthiosulfat erreicht und gebunden. Auch bei Hg-Schädigungen und eventull schweren Wismutschädigungen (sehr selten) kann Natriumthiosulfat versucht werden. — Eine Encephalitis haemorrhagica nach Salvarsan wurde in den letzten Jahren an der Erlanger Klinik nicht beobachtet. Tritt eine solche auf, so könnte man gewiß neben den üblichen Behandlungsmethoden (Lumbalpunktion, eventuell Trepanation, Aderlaß, Kochsalzinfusion, Adrenalin, Magenspülung) auch das völlig harmlose Natriumthiosulfat anwenden. — Das Salvarsaninfiltrat, das nach paravenöser Einspritzung auftritt, wird neuestens mit sehr gutem Erfolge durch Umspritzung der Infiltratstelle mit physiologischer Kochsalzlösung behandelt. Schlimmstenfalls wird dann noch am selben Tage über etwas Schmerzen geklagt, während am zweiten Tage Schwellung und Schmerzhaftigkeit verschwunden sind. Es muß aber physiologische Kochsalzlösung injiziert werden, Aqu. dest. ist unwirksam. Ferner muß die Kochsalzinjektion sofort nach der paravenösen Einspritzung vorgenommen und die Infiltratstelle gut umspritzt werden. Sehr praktisch ist es daher, die fertigen Serülen mit 10 cm³ physiologischer Kochsalzlösung der Behring-Werke in Marburg vorrätig zu haben. Diese enthalten bekanntlich („Ars Medici" 1925, S. 258) eine durch einen Glaszylinder geschützte sterile Nadel und können zugleich als Injektionsspritze benützt werden. Man braucht also nicht erst eine zweite Spritze (die Salvarsanspritze soll natürlich nicht verwendet werden) und Nadel zu sterilisieren, sondern kann unmittelbar nach der paravenösen Einspritzung die Kochsalzlösung injizieren. (D. m. W. Nr. 43, 1925.)

Spezifisch-unspezifische Behandlung in der Dermatologie.

Kaufmann (Frankfurt a. M.) empfiehlt bei Epididymitis gonorrhoica, Prostatitis, Furunkulose, Impetigo, Schweißdrüsenabszessen, Trichophytia profunda und phagedänischem Schanker Mischspritzen von Olobinthin oder Terpichin mit der betreffenden spezifischen Vakzine, wie Arthigon, Gonargin, Opsonogen, Leukogen und Kolivakzine. Die Injektionen erfolgen jeden zweiten bis dritten Tag mit steigenden Mengen, beginnend mit 0.25 cm³ Öl plus 20 Millionen Keimen und sich erhöhend bis 1 cm³ Öl plus 1000 Millionen Keimen. Meist genügen vier bis fünf Injektionen. Besonders gut waren die Erfolge bei Furunkulose, gonorrhoischer Epididymitis, Impetigo, Trichophytie und phagedänischem Schanker, weniger deutlich bei Prostatitis; Kolizystitis konnte nicht beeinflußt werden. (Dermat. Ztschr. Bd. 44, H. 2/3, 1925.)

Augenheilkunde.

Zur subkonjunktivalen Adrenalinbehandlung des Glaukoms

(vgl. „Ars Medici" 1925, S. 518) verwendet jetzt C. Hamburger (Berlin) folgende Suprareninpräparate, die nur adstringierend, nicht

aber **blutdrucksteigernd wirken** und daher auch nicht zu unerwünschten Nebenerscheinungen (Tachykardie, Schüttelfrost, Kollaps usw.) führen:

1. Die rechtsdrehende optische Isomere des Suprarenins, von welcher mehrere Teilstriche der Lösung 1:500 ohne unangenehme Nebenwirkungen den vollen lokalen Effekt erzielen (Rechts-Suprarenin, Höchst).
2. Eine Vorstufe des Suprarenin, und zwar ein Brenzkatechin mit der Methylaminoazetogruppe in der Lösung 1:10, das dieselben Vorzüge aufweist (Erzeuger: Höchster Farbwerke).

Doppelampullen mit beiden Präparaten sind unter dem Namen „Glaukosan" im Handel (Firma: Wölm A.-G., Spangenberg bei Kassel). Die eine Ampulle enthält das genau abgewogene Arzneigemisch, die andere das Lösungsmittel. (M. Kl. Nr. 40, 1925.)

Beginnender Altersstar — Jodtherapie.

Prof. Th. Meyer-Steinegg (Jena) verficht seinen bekannten Standpunkt, daß nur die schwersten Formen von Altersstar der Operation bedürfen, daß in allen leichteren Fällen die Jodbehandlung zu versuchen sei und günstige Aussichten biete. Seine ausführlichen Arbeiten über dieses Thema sind in der Wschr. f. Ther. u. Hyg. des Auges (1913, 1914, 1916) und in der D. m. W. Nr. 4, 1924, niedergelegt. Die Entstehung des Altersstars ist noch ungeklärt; die verschiedenen Theorien (seniler Zelltod, senile Exsikkation, pathologischer Eiweißzerfall, Heilnersche Affinitätstheorie) befriedigen durchaus nicht. Eine kausale Therapie erscheint daher unmöglich. Tatsache ist aber, daß spontane Rückbildung der flüssigkeitshaltigen Spalten und auch der Trübungen in der Linse vorkommt, und daß Jod günstig einwirkt. Wir haben daher kein Recht, diese empirisch gefundene Therapie zu vernachlässigen. Die ursprünglichen Versuche des Verfassers mit Einträufelung und später mit subkonjunktivaler Injektion von Jodkali-Jodnatriumlösungen befriedigten nicht. Erst die subkonjunktivale Injektion eines Präparates, das aus einer Kombination von löslichem tierischen Linseneiweiß mit Jodnatrium-Jodkalium und Na Cl besteht (jetzt gebrauchsfertig unter dem Namen „Phakolysin" von der Firma L. W. Gans in Oberursel erzeugt), brachten ausgesprochen gute Erfolge. Die Behandlungstechnik ist folgende: Zunächst eine häusliche Vorbereitung von ein bis drei Wochen mit Einträufelung von schwachen Jodnatrium-Jodkalium- und Dioninlösungen und gleichzeitiger innerlicher Darreichung kleiner Dosen von Jod. Ist irgendein Allgemeinleiden feststellbar, das im Zusammenhang mit der Starerkrankung stehen könnte (Gicht, Diabetes, Arteriosklerose usw.), so wird dessen Behandlung stets größte Sorgfalt gewidmet. Es folgt die eigentliche, meist klinisch ausgeführte Lokaltherapie mit acht bis zwölf Injektionen von Phakolysin unter die Bindehaut, und zwar werden je nach Lage des Falles je 0.2 bis 0.5 cm³ eingespritzt. Reizerscheinungen und Schmerzen sind hiebei selten und verschwinden spätestens nach wenigen Stunden; bei empfindlichen Patienten kann man das Präparat mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnen. Zur Nachbehandlung werden dann in immer größeren Zwischenräumen die oben erwähnten Einträufelungen angewandt. — Verfasser sah unter 1022 so behandelten Fällen 49% Besserungen, 28% Stillstand und 23% Verschlechterungen. (Fortschr. d. Ther. Nr. 14, 1925.)

Über neuere Therapie in der Augenheilkunde

sprach O. Baru im Verein der Ärzte in Brünn.

Reargon bei Gonoblennorrhoe wird selbst in 20%iger Lösung gut vertragen, ist jedoch dem Protargol, Kollargol und anderen Silberpräpa-

raten nicht überlegen. — Reizkörpertherapie: Glänzende Erfolge vor allem bei Gonoblennorrhoe, aber auch bei sonstigen akuten Konjunktivitiden, rheumatischen und gonorrhoischen Iritiden und Sehnervenerkrankungen und prophylaktisch gegen Infektionsgefahr bei bulbuseröffnenden Operationen. Am wirksamsten Milch, 2 bis 10 cm³ muskulär. Als Allgemeinreaktion Fieber bis 41° durch ein bis zwei Tage, als Herdreaktion meist Verstärkung, dann rasches Abklingen der entzündlichen Symptome. Verstärkte Wirkung bei Reinjektion vor völligem Abklingen der Reaktion. Bei Gonoblennorrhoe gleichzeitig Silberpräparate und Spülungen mit 1‰ Kaliumpermanganat. — Insulin: Gute Erfolge bei den diabetischen Refraktionsstörungen, Iritiden und frischen Linsentrübungen; ferner prophylaktisch vor Bulbuseröffnungen (z. B. wegen Cataract. diabet.) und bei postoperativem Koma. — Wismut bei Syphilis: Verwendet und ausgezeichnet vertragen wurden Trepol und Neotrepol glutäal, sechs bis zwölf Injektionen. Strenge Kontrolle von Temperatur, Harn, Mundhöhle, Darmtätigkeit. Gute Erfolge bei akuten und chronischen Iritiden, Sehnervenerkrankungen, Augenmuskel- und Akkommodationsparesen; bei einem Gumma des inneren Augenwinkels fast völlige Restitutio ad integrum. Ähnliche Ergebnisse wie bisher bei Keratitis profunda und Tabes. — Adrenalin bei Glaukom: Man halte sich strenge an die von Hamburger angegebenen Indikationen: Erst Miotika; wenn diese unwirksam 0.1 bis 0.3 Adrenalin subkonjunktival; wenn auch dieses erfolglos: Operation. Bei chronischem Glaukom oft gute Erfolge. Die Injektion setzt für einige Zeit den Druck herab und stellt auch die Wirksamkeit der Miotika wieder her. Keine Erfolge bei akutem, bei sekundärem sowie beim absoluten und hämorrhagischen Glaukom. (M. Kl. Nr. 37, 1925.)

Rhino-, Laryngo- und Otologie.

Lokalanästhesie bei Adenotomie und Tonsillotomie.

Tonndorf (Univ.-Poliklinik f. Laryng. in Göttingen) empfiehlt: Zur Anästhesierung des weichen Gaumens werden beiderseits einige Tropfen 2%iger Novokain-Suprareninlösung in die Nervi palatini am hinteren Rande des harten Gaumens dicht neben dem letzten Molarzahne eingespritzt. Zur Anästhesierung des Pharynx wird die Nadel seitlich in die hintere Pharynxwand hinter dem hinteren Gaumenbogen in der Höhe der Basis der Uvula beiderseits in sagittaler Richtung eingestochen, wobei man den Gaumenbogen nach oben und seitwärts drängt. Hier wird etwa 1 cm³ injiziert, wobei der Plexus pharyngeus getroffen wird. Damit wird die Schmerzempfindung bei der Adenotomie und Tonsillotomie auf ein Minimum herabgedrückt. Das Verfahren ist auch für Untersuchungen und Eingriffe am Hypopharynx, Kehlkopf, an der Trachea und der Speiseröhre zu verwenden; ferner zur Unterstützung der üblichen Umspritzung bei der Tonsillektomie. (Ztschr. f. Hals-, Nasen- und Ohrenhk., Bd. 11, H. 1, 1925.)

Mittelohrentzündung — Komplikationen.

Von Dr. L. Joseph (Berlin).

Die häufigste Komplikation der Mittelohreiterung ist die Mastoiditis, das heißt die Entzündung des Warzenfortsatzes. Die Diagnose ist im allgemeinen bei der Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Regio mastoidea im Verein mit dem ganzen klinischen Bilde der bestehenden Mittelohreiterung nicht schwierig. In zweifelhaften Fällen entscheidet die stets bestehende ausgesprochene Leukozytose, welche nach manchen Autoren

auch bei Fehlen anderer Symptome eine Indikation zur Frühantrotomie abgibt. Fehldiagnosen werden zuweilen bei Periostitis des Warzenfortsatzes gestellt; solche Periostitiden ohne Empyem des Warzenfortsatzes bei Mittelohrentzündung kommen bei Kindern häufiger vor, sehr selten bei Erwachsenen. Therapeutisch genügt meist eine einfache Inzision und konservatives, entzündungswidriges Vorgehen.

Setzt sich der Prozeß der Mastoiditis vornehmlich nach den oberen Zellen fort, so kommt es zunächst zum Extraduralabszeß; sein charakteristisches Symptom ist die Pulsation des Eiters bei schon mehrere Wochen bestehender Mittelohreiterung (fortgeleitete Hirnpulsation).

Von den zerebralen Komplikationen kommt die otogene Meningitis am häufigsten über das Labyrinth zustande, selten von einer Pachymeningitis oder Sinusphlebitis aus. Mygind unterscheidet fünf Formen der Meningitis bei Otitis: 1. Leichte Reizung = Meningismus (Lumbalpunktat normal). 2. Meningitis circumscripta (lokale meningitische Symptome mit leichter Pleozytose im Lumbalpunktat). 3. Meningitis collateralis (mittlere Pleozytose, Lumbalpunktat noch klar). 4. Meningitis diffusa purulenta benigna (diffuse meningitische Symptome, Lumbalpunktat unklar). 5. Meningitis diffusa purulenta maligna führt unter foudroyanten Erscheinungen in kurzer Zeit zum Tode. Die ersten vier Formen der Meningitis gehen bei sofortiger Radikaloperation, Freilegung der Dura und eventueller Labyrinthektomie in einem hohen Prozentsatz in Heilung über. Daneben ist intravenöse Injektion von 20 bis 30 cm³ einer 40%igen Urotropinlösung zu empfehlen. — Besonders erwähnt zu werden verdienen die traumatischen Meningitiden; im Anschluß an einen Stoß, eine holperige Wagenfahrt kann bei bestehender Mittelohreiterung Meningitis entstehen.

Der otitische Hirnabszeß tritt sowohl bei akuten wie chronischen Otitiden auf und ist am häufigsten im Schläfenlappen, seltener im Hinterhauptlappen lokalisiert. Er geht von den infizierten oberen Zellkomplexen des Warzenfortsatzes aus, während die Kleinhirnabszesse meist vom thrombosierten Sinus sich herleiten. Als erstes Symptom eines Großhirnabszesses zeigt sich oft eine Vergrößerung der tiefen Zervikaldrüsen. Weitere Erscheinungen sind Vermehrung der Lymphozyten bei Verminderung der Prozentzahl der Polymorphkernigen, sodann Allgemeinerscheinungen, wie Kopfschmerzen, Erbrechen, Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme; anfangs öfters vorübergehende Nackensteifigkeit, später amnestisch-aphasische Störungen. — Die seltenen Stirnhirnabszesse sind oft äußerst schwer zu diagnostizieren. Relativ am leichtesten zu erkennen sind die Kleinhirnabszesse; sie zeigen Nystagmus nach der kranken Seite, erloschene Erregbarkeit des Labyrinths, niedrige Temperatur und verlangsamten Puls. — Für die Eröffnung der Hinabszesse rät Sharpe zu zweizeitiger Operation: in der ersten Sitzung Trepanation, Spaltung der Dura und Vernähung der Arachnoidea mit der Dura zur Verhütung einer postoperativen Meningitis; in der zweiten Sitzung nach ein bis zwei Tagen Punktion und Drainage des Abszesses mit einem doppelten Glasdrain.

Labyrinthkomplikationen. Werden besonders die inneren und tiefgelegenen Zellkomplexe des Warzenfortsatzes von der Eiterung ergriffen, so kommt es zum Durchbruch in die Pyramide, das Labyrinth und den inneren Gehörgang. Die Symptome dieser ziemlich seltenen Labyrinthkomplikationen sind meist rapide Hörfähigkeitsabnahme und Gleichgewichtsstörungen. Bei Labyrintherkrankungen ist fast immer eine operative Eröffnung notwendig; je nach der Schwere der vestibulären Symptome kann man 3 bis 14 Tage warten.

Sinusthrombosen und Thrombosen der Vena jugularis kommen zustande, wenn die Erkrankung am Warzenfortsatz den posterio-inferioren Zellkomplex ergriffen hat. Esch unterscheidet drei Arten von Sinuserkrankungen: 1. Der Sinus ist mit frischen Granulationen bedeckt, Allgemeinerscheinungen fehlen; es handelt sich um eine reine Wanderkrankung oder um einen wandständigen Thrombus; Inzision nutzlos. 2. Der Sinus ist mit frischen Granulationen bedeckt und es ist eine Allgemeininfektion vorhanden; hier handelt es sich um einen zerfallenen Thrombus im Sinuslumen. Therapeutisch ist hier der Sinus bis ins Gesunde zu eröffnen und der Thrombus auszuräumen. 3. Schwerste Sepsis ohne Veränderungen am Sinus; hier ist der Sinus ohne Eröffnung freizulegen. — Die Sinuskomplikationen kommen häufiger bei akuter als bei chronischer Otitis vor und verursachen häufig Lungenmetastasen. (D. m. W. Nr. 43/44, 1925.)

Diagnose.

Zur Frühdiagnose der Appendizitis

ist nach Rapp (Biberach) neben dem Druckschmerz in der A.-Gegend auf den Bewegungsschmerz daselbst beim Aufrichten im Bette oder beim Strecken des gebeugten rechten Beins oder beim Gehen zu achten. Sind beide Symptome positiv, so ist die Diagnose gesichert und die Operation strikte angezeigt. (M. m. W. Nr. 30, 1925.)

Bakterienfärbung und -abtötung.

Man nimmt gewöhnlich an, daß die Bakterien durch die übliche Färbetechnik abgetötet werden. Doch hat schon im Jahre 1914 Thurn darauf hingewiesen, daß das nicht immer der Fall ist. A. Schmidt (Institut f. Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg) stellte genauere Untersuchungen an und fand folgendes: Nach fixierendem Durch-die-Flamme-Ziehen und Färbung mit alkoholisch-wässriger Methylenblau- oder Fuchsinlösung sind in den Präparaten stets noch lebensfähige Bakterien vorhanden und im Spülwasser und im Filtrierpapier regelmäßig nachweisbar. Koli, Paratyphus B und Staphylokokken waren aber selbst nach 30 Sekunden langer Färbung mit Ziehl-Neelsenschem Karbolfuchsin noch kultivierbar. Wahrscheinlich entgehen stets einzelne Bakterien der Färbung, natürlich umsomehr, je dicker die Präparatschicht ist. Nur nach der Gramfärbung waren nie lebensfähige Keime nachweisbar, was wohl der Wirkung des Jods zuzuschreiben ist. — Praktisch ergeben sich daraus folgende Forderungen: 1. Genügendes Erhitzen der Objekte. 2. Das Spülwasser darf nicht in die Wasserleitung gegossen werden, sondern muß in einem besonderen Gefäß aufgefangen und desinfiziert werden. 3. Auch das Filtrierpapier muß sofort nach dem Gebrauch unschädlich gemacht werden. 4. Schon untersuchte Präparate müssen sofort in eine desinfizierende Flüssigkeit eingelegt werden. (Klin. Wschr. Nr. 36, 1925.)

Aus der Praxis.

(Originalarbeiten.)

Differentialdiagnostische Winke bei Erkrankungen im Kindesalter.

Von Prof. Dr. L. **Jehle**, Wien.

Die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten und Irrtümer, die dem praktischen Arzte in der Kinderpraxis unterlaufen können, entspringen viel seltener einem Mangel an diagnostischen Kenntnissen bestimmter Krankheitssymptome als vielmehr aus der geringeren Übung, sich rasch und sicher auf jenes differentialdiagnostische Denken einzustellen, welches der Facharzt infolge seiner Erfahrung automatisch übt. Oft ist die Diagnose nur per exclusionem zu stellen. Zunächst ist das Kind nur selten imstande, sichere Angaben über den Krankheitsbeginn und seine Beschwerden zu machen. Das kleine Kind konzentriert seine Schmerzen in der Regel auf das Abdomen. Oft fehlen typische Symptome, anderseits dominieren häufig Symptome, die beim Erwachsenen fehlen. Nicht selten sind lokalisierte Symptome überhaupt nicht nachweisbar.

So können z. B. bei der kruppösen Pneumonie Dämpfung, Bronchialatmung, selbst Husten durch längere Zeit vollkommen fehlen und nur der akute Beginn, die Dyspnoe (schmerzhafte, oft stöhnende Atmung) und das respiratorische Zurückbleiben einer Thoraxseite auf das Leiden hinweisen. Die Dyspnoe wird durch Toxinwirkung auf die Medulla oblongata ausgelöst; sie ist deshalb von der Größe des Krankheitsherdes unabhängig, also auch bei einem kleinen zentralen pneumonischen Herd bereits vorhanden, bevor noch Dämpfung oder Bronchialatmen auftreten. Sehr oft ist schon frühzeitig Bronchophonie nachweisbar, wenn man das Kind durch Kneifen der Haut zum Schreien bringt und dabei das Ohr auf die verschiedenen Thoraxregionen auflegt. Der Puls ist stets stark beschleunigt, ausgesprochen dikrot und zeigt häufig respiratorische Arhythmie. Diese Symptome ermöglichen oft frühzeitig die Diagnose eines zentralen Herdes, der beim Kinde tagelang klein bleiben kann. Die Fehldiagnose Meningitis ist häufig, da die Begleitsymptome (Delirien, Erbrechen, Nackenstarre, Konvulsionen) oft das Bild beherrschen und, wie erwähnt, Bronchialatmen und Dämpfung zunächst nicht nachweisbar sind. Bei akutem Beginn kann nur eine eitrige Meningitis in Betracht kommen. Die Meningitis cerebrospinalis ist durch extreme Nackenstarre, heftige Kopfschmerzen, ausgesprochenen Kernig charakterisiert, während die Dyspnoe fehlt. Eine eitrige Meningitis anderen Ursprungs ist oft durch lokale Ursachen (Otitis) sicherzustellen, während ein Hirnabszeß sich durch remittierendes Fieber erkennen läßt. Meningitis tbc. kommt dann in Betracht, wenn ein akuter Beginn nicht festzustellen ist und die für Pneumonie charakteristischen Symptome (Dyspnoe, Zurückbleiben einer Thoraxhälfte, beschleunigter Puls, Kontinua) fehlen; sie zeigt zunehmende Nackenstarre, hartnäckiges Erbrechen, remittierendes, mäßiges Fieber, insbesondere aber Bradykardie und Pulsarhythmie. Im Zweifelsfalle Lumbalpunktion. Gegenüber exsudativer Pleuritis entscheidet die Ausdehnung der Dämpfung. Überschreitet diese die Grenzen eines Lungenlappens oder rückwärts die mittlere Axillarlinie oder dehnt sie sich über die hinteren und vorderen unteren Thoraxpartien aus, so ist ein Pleuraexsudat anzunehmen. Die Dämpfung über einem solchen ist meist

intensiv, doch muß die Atmung nicht wesentlich abgeschwächt sein; nicht selten ist sogar im Dämpfungsbereiche lautes Bronchialatmen, aus den großen, nicht komprimierten Bronchialästen stammend, zu hören. Auch können Verdrängungssymptome fehlen. Hingegen findet man meist eine Erweiterung der Interkostalräume und ein starkes respiratorisches Zurückbleiben der erkrankten Seite sowie eine starke Beschleunigung der Respiration. Septische Symptome, hohes Fieber usw. sprechen für eitriges Exsudat, das schon in den ersten Tagen der Pneumonie auftreten kann. — Die Pneumonie des rechten Unterlappens geht mitunter mit peritonealen Symptomen einher (Erbrechen, lokaler Druckschmerz usw.), die den Verdacht einer Appendizitis erwecken können. Die Allgemeinerscheinungen, die Dyspnoe, das Bronchialatmen klären das Krankheitsbild. Die postoperative Pneumonie nach Appendektomie ist oft dadurch zu erklären, daß die Pneumonie bereits vor der Operation bestanden hat und erst nach derselben erkannt wurde.

Appendizitische (peritoneale) Symptome kommen auch im Prodromalstadium von Masern, Varizellen usw. vor, bilden sich aber meist bald wieder zurück.

Selbstverständlich muß auch daran gedacht werden, daß neben der Pneumonie noch eine andere Erkrankung bestehen kann. Nicht selten ist die Kombination mit einer Otitis. Das Übersehen der Pneumonie kann zu schweren differentialdiagnostischen Irrtümern (Sinusthrombose, Meningitis, Hirnabszeß, Sepsis) führen, desgleichen das Übersehen der gleichzeitig bestehenden Otitis.

Für die Differentialdiagnose zwischen organischen Herzerkrankungen und funktionellen Herzstörungen gilt als Regel, so lange eine funktionelle Störung anzunehmen, als keinerlei Angaben für ein vorausgegangenes oder bestehendes akutes organisches Herzleiden (Rheumatismus, akute Endokarditis) sprechen, die Herzgeräusche nicht über einem bestimmten Ostium lokalisiert sind, hingegen eine auffallende Abhängigkeit von der Respiration und der Körperlage (Liegen, Stehen) zeigen.

Bei akuten Darmstörungen (Koliken) ist an Invagination zu denken, wenn plötzlich einsetzende Anfälle von heftigsten Schmerzen das Kind zum verzweifelten Schreien und Winden des Körpers zwingen. Alsbald treten auch die schweren Allgemeinsymptome (Erbrechen, Kollapserscheinungen) sowie die charakteristischen Darmsymptome (Obstipation, Meteorismus, Tumor, blutige Darmentleerungen, leere und weite Mastdarmampulle bei rektaler Untersuchung) auf.

Die Zystitis oder Pyelitis weist namentlich im Säuglingsalter meist keine lokalen Symptome auf, sondern nur schwere Allgemeinerscheinungen, die eher auf eine Erkrankung des zentralen Nervensystems, der Lungen, des Abdomens schließen lassen (hohes Fieber, Unruhe, Delirien, eklamptische Anfälle, septische Symptome, Erbrechen). Charakteristisch für Zystopyelitis ist jedoch eine rasch auftretende, hochgradige, oft wachsartige Blässe des Gesichtes, die auch bei hoher Temperatur nicht schwindet. Daher in jedem Zweifelsfalle auch Harnuntersuchung, die schon im Anfangsstadium makroskopisch einen stark eitrig getrübten Harn ergibt.

Bei längerdauerndem intermittierenden Fieber im Kindesalter ohne objektiven Befund ist zunächst an Drüsentbc. zu denken. Nicht selten ist hiebei die axillare Temperatur namentlich nach stärkerer Körperbewegung oder psychischer Erregung erhöht, um bei Bettruhe schon nach

einer Stunde oder nach Milieuwechsel (Luftveränderung) rasch zu schwinden. Eine auffallende Spannung zwischen normaler Haut- und rektaler Temperatur (1.0 bis 1.5⁰) ist nicht organisch, sondern durch eine nervöse Störung der Wärmeregulierung bedingt. Solche Kinder bedürfen keiner Schonung, sondern einer Kräftigung des Gesamtorganismus.

Einige Fälle aus meiner Praxis sollen die Bedeutung der angedeuteten differentialdiagnostischen Erwägungen klarlegen.

Elfjähriger Knabe erkrankt plötzlich unter Fieber, heftigem Kopfschmerz, Erbrechen, Schmerzen im ganzen Körper. Nackenstarre, Kernig, Unruhe und ein verdächtiger Liquor (Leukozyten) erwecken den Verdacht einer Meningitis tbc. Auch mir fallen zunächst die Benommenheit, die Nackenstarre, der Kernig und die Hyperästhesie des ganzen Körpers auf. Da jedoch Bradykardie und Pulsarhythmien fehlen, bezweifle ich die Diagnose. Die genauere Untersuchung ergibt eine hochgradige Schmerzhaftigkeit der gesamten Wirbelsäule sowie auch der einzelnen Gelenke auf Druck und Bewegung. Ich diagnostiziere einen akuten Rheumatismus namentlich der Wirbelsäule und verordne eine Salizyl- und Schwitzkur, die bereits am nächsten Tage zur Genesung führen. Die Benommenheit war auf die Morphiummedikation wegen der Unruhe zurückzuführen.

Zweijähriges Kind erkrankt plötzlich an hochgradiger zunehmender Dyspnoe und bald darauf hohem Fieberanstieg. Wegen feuchten Rasselns über dem rechten Unterlappen wird Pneumonie angenommen. Da jedoch über denselben jedes Atemgeräusch fehlt und zu Beginn kein Fieber bestand, stelle ich die Diagnose auf Fremdkörperaspiration, die röntgenologisch bestätigt wird (Teppichnagel in einem Bronchus zweiter Ordnung im rechten Unterlappen). Der Nagel wird durch die Trachea entfernt. Genesung.

Ein Kind erkrankt plötzlich unter Brechreiz, hochgradiger Unruhe und zeigt bald darauf krebsrote diffuse Verfärbung der Haut, Fieber, hochgradige Prostration, extrem weite Pupillen und Blässe der Rachenschleimhaut. Die Unruhe des benommenen Kindes konnte durch eine enorme Lichtscheu erklärt werden, deren Ursache nur in einer Vergiftung mit Kokain gelegen sein konnte. Später stellte sich tatsächlich heraus, daß das Kind versehentlich Kokain und Skopolamin enthaltende Augentropfen per os erhalten hatte. Es wurde sofort eine Magenspülung vorgenommen, während welcher schwere allgemeine Krämpfe und Bewußtlosigkeit auftraten. Erst nach Stunden erholte sich das Kind.

Daß gegebenenfalls selbst bei einem Säugling auch an hysterische „Simulation“ gedacht werden muß, zeigt folgender Fall: Fünf Monate altes Kind stürzte mit der Mutter über eine Treppe, daraufhin rechtes Bein bewegungslos und bei passiver Bewegung schmerzhaft. Da jedoch nach einigen Tagen Schmerzen bei passiver Bewegung fehlen, das Kind gleichwohl das Bein nicht bewegt, so ist eine psychische Ursache der Lähmung naheliegend. Daraufhin wird dem Kinde das gesunde Bein, dessen Zehen es sich spielend zum Munde zu führen pflegte, fixiert und ihm dafür die Zehen des kranken Beines in den Mund geschoben. Von diesem Augenblicke an wird auch dieses Bein wieder ohne Schwierigkeiten bewegt.

Meinungsaustausch über Fragen der täglichen Praxis.*

Fragen.

264. Gibt es eine Literaturzusammenstellung über die diagnostische Bedeutung der reflektorischen Pupillenstarre?
Dr. A. S. in E.

265. Welche Leberfunktionsprüfungen von den vielen haben wirklich klinischen Wert? Dr. S. in H.

266. Eine 20jährige Patientin leidet seit einem halben Jahre an Magen- und Darmbeschwerden: häufiger, unregelmäßig auftretender Brechreiz und Bauchschmerzen ohne bestimmte Lokalisation. Objektiv findet sich nichts außer Oxyuren und Askariden, ab und zu auch im Erbrochenen. Trotz energischer Kuren mit Chenopodiumöl, Thymol und Santonin weichen die Würmer nicht auf die Dauer. Was ist zu tun? Etwaige Möglichkeit, den Nährboden in für Wurmentwicklung ungünstigem Sinne umzustimmen? Kann ein hartnäckiger Reizhusten, an dem die Patientin vor drei Monaten litt, und von dem nichts mehr vorhanden ist (objektive Symptome fanden sich auch damals nicht) im Zusammenhang mit der Wurmerkrankung stehen, da die Wurmentwicklung nach neueren Feststellungen ihren Weg über die Lunge nimmt? Dr. R. E. in N.

267. 50jährige Patientin mit schwerem Diabetes leidet an Übelkeiten, die auch bei starker Herabsetzung der Glykosurie durch Diät und Insulin in schwächerem Maße anhalten. Wie kann man diesem quälenden Zustand begegnen? Dr. S. H. in P.

268. Ich beobachte seit drei Monaten einen Kranken, welcher morgens und am Vormittage einen vollkommen klaren Harn, hingegen nachmittags stets einen stark und gleichmäßig getrübten Harn absondert; die Trübung ist durch Phosphate bedingt. Ist solche Erscheinung bekannt? Ich erbitte einen Rat bezüglich der Diät, welche in diesem Falle besonders schwer festzulegen ist, weil der Kranke außer Phosphaturie noch uratische Diathese aufweist. Dr. F. T. in A.

269. Schon mehrmals hatte ich Kranke, welche an ausgesprochen nächtlichen Diarrhöen mit Kolikschmerzen leiden, während sie am Tage weder Stuhl noch irgendwelche Beschwerden haben. Um was handelt es sich? Dr. F. T. in A.

270. Kann man den Tod für einige Stunden oder gar länger voraussagen? Gibt es überhaupt Symptome des herannahenden Todes? Es ist doch peinlich, wenn ein chronisch Kranker kurz nach dem Besuch des Arztes stirbt, ohne daß dieser darauf hätte vorbereiten können.
Dr. H. B. in W.

271. Vor dem Kriege las ich in Ihrer Zeitung den Bericht eines süddeutschen Arztes, welcher behauptete, durch Brennen gewisser Asthmapunkte in der Nase Asthma geheilt zu haben. Ich glaube, er hatte darüber auch ein Büchlein geschrieben. Wer kann mir Näheres mitteilen?
Dr. V. in K.

272. Seit 30 Jahren (das ist seit meinem 28. Lebensjahr) leide ich an akutem erblichem Heuschnupfen. Anfangs suchte ich durch

* Jede Anfrage ist auf ein besonderes Blatt zu schreiben. Wegen Raummangels werden nur die Anfragen von allgemeinem Interesse veröffentlicht. Behufs etwaiger brieflicher Beantwortung ersuchen wir daher um Beifügung von Rückporto. Die Red.

Schrotkur und andere Diätkuren abzuhelfen. Radikal befreite mich im Jahre 1907 operativ der verstorbene Prof. Kilian in Freiburg. Aber seit drei Jahren ist das alte Leiden zurückgekehrt und verleidet mir Beruf und Leben. An eine Operation kann ich nicht mehr denken, da ich befürchte, dann mein Gehör ganz zu verlieren. Wer kann mir Rat geben? Ich bitte auch um Bekanntgabe der Adresse des Deutschen Heuschnupfenverbandes.

Dr. I. R. in W.

273. Patientin, 21 Jahre alt; Diabetes mellitus, festgestellt seit fünf Monaten. Beginn mit den üblichen Beschwerden: viel Durst, schnelle geistige Ermüdung. Bei der Einlieferung ins Hospital 4% Zucker; Azeton und Azetessigsäure positiv. Trotz strenger Diäteinhaltung und Insulinkur (in zehn Tagen 250 Einheiten) bleibt die Ketonurie bestehen und steigt der Zuckergehalt, welcher gegenwärtig 8% beträgt. Dabei ist Patientin beschwerdefrei; jetzt besteht kein Durstgefühl mehr, keine körperliche und geistige Ermüdung; Patientin sieht blühend aus. Wie ist die Prognose? Welche weitere Behandlung ist zu empfehlen?

Dr. M. in K.

274. Ein bisher gesunder Mann von 18 Jahren erkrankte vor zehn Monaten an linksseitiger exsudativer Pleuritis unter hohem Fieber, welches sechs Wochen dauerte. Nach Punktion schwand das Fieber allmählich. Es entwickelte sich jedoch eine exsudative Entzündung aller serösen Häute (Polyserositis). Es besteht Aszites. Lebervergrößerung bis zum Nabel, Hypertrophie und Dilatation des Herzens mit arhythmischem Puls. Trotz aller angewandten Diuretika per os und als Injektion und trotz wiederholter Punktionen bleibt der Mann hydropisch. Dabei ist das Allgemeinbefinden ziemlich gut, Schlaf und Appetit ungestört. In einer Klinik wurde die Diagnose Polyserositis tuberculosa gestellt. Was spricht für eine tuberkulöse Genese der Erkrankung und was läßt sich therapeutisch tun?

Dr. J. H. in H.

275. Welches pharmakologische Werk gibt Aufschluß darüber, wie man bisher nicht verwendete pflanzliche Mittel im Tierversuch auf ihre Wirkung erprobt, und wie man sie nachher in der Heilkunde anwenden kann?

Dr. F. S. in S.

276. Wie verdünnt man eingedicktes Zedernöl? Dr. P. in P.

277. Ist es möglich, daß eine vollständige Impotentia coeundi lediglich durch Alkoholmißbrauch (4 bis 6 l Bier täglich, mitunter aber auch Wein und Schnaps) bei einem sonst gesunden 44jährigen Manne verursacht sein kann? Therapie?

Dr. P. in P.

278. Eine 60jährige Frau mit Lungentbc. und Skrofuloderma leidet zugleich an schweren Stauungserscheinungen infolge von Myodegeneratio cordis. Anfangs war meist durch Digitalis, Diuretika, Karell-Kuren, Harnstoff usw. halbwegs Kompensation zu erreichen. Schließlich resultierte aber allerschwerste Stauung mit mächtigem Aszites, Ödemen aller Extremitäten, Lebertumor, Schwellung der rechten Gesichts- und Rumpfhälfte (rechte Seitenlage). Wiederholte Anfälle von Asthma cardiale, schwere Dyspnöe und fast vollkommene Anurie, gegen welche jetzt alle Herzmittel und Diuretika versagten. Trotz Nephrose versuchte ich Novasurol, — Erfolg: schwerster Asthmaanfall und Anurie! Nach sechswöchentlichem Bestande des geschilderten Zustandes mit steigender Ödembildung und Harnmengen von $^1/_8$ l pro die versuchte ich wieder einmal: Diuretin 0.5, Theocin, Agurin ana 0.25, dreimal täglich. Noch am selben Tage wurde 1 l hellen, fast eiweißfreien Urins ausgeschieden und im weiteren Verlauf dieser Medikation schwanden die Dekompensations- und

Stauungserscheinungen bei Absonderung von täglich bis 2 l Harnes. Wie erklärt sich das? Dr. J. W. in B.

279. Wie kann ich am Lande eine Gonitis tuberculosa behandeln, welche seit zwei Monaten besteht. Das Kind hat seit zwei Wochen eine Fistel. Die Eltern sind arm und können das Kind nicht wegschicken. Ich habe vor einigen Tagen einen Gipsverband angelegt.
Dr. S. L. in O.

280. Bitte um Angabe eines wirklich brauchbaren Buches über die kleine Chirurgie, in welchem die Operationen genau geschildert sind, die der praktische Arzt machen kann, und er vor denen gewarnt wird, die er nicht unternehmen soll. Dr. E. B. in V.

281. Gesundes Mädchen von 22 Jahren leidet seit dem 14. Lebensjahr, sobald kältere Witterung eintritt oder die Hände durch Hausarbeit gereizt werden, an Verhärtung der Epidermis und tiefen schmerzhaften Einrissen auf der Innenfläche der Hände, in den Hautfurchen und an den Fingerspitzen. Zahlreiche Salben, Röntgen und Höhensonne erfolglos. Die Blutuntersuchung ergab nur Mangel an Pankreas. Oft tritt mit Beginn der kalten Jahreszeit auch ein juckendes Ekzem am Halse und in den Ellenbeugen auf. Dr. R. in W.

282. Wer weiß etwas über Wert und Methode der Krebsbehandlung mit venösen Bleisalzinjektionen nach Dr. W. Blair Bell in Liverpool? Dr. F. S. in F.

283. Gibt es für Juristen oder Mediziner eine Möglichkeit, eine Kur in Bad Nauheim zu ermäßigtem Preise zu genießen?
Dr. I. F. in Graz.

284. Gewöhnlicher schwarzer oder chinesischer Tee erzeugt, abends genossen, bei manchen Menschen Schlaflosigkeit. Gibt es eine Teemischung, die bei gutem Geschmack diese Wirkung nicht hat?
Dr. K. in R.

285. In meinem Bekanntenkresi erkrankten gleichzeitig drei demselben Haushalt angehörige Personen an Kopfschmerzen, Übelkeit, Durchfällen und Fiebergefühl. Nach zwei bis drei Tagen Wiederherstellung. Die Erkrankten führen die Erscheinungen auf den gemeinsamen reichlichen Genuß frischer Wallnüsse zurück. Die Kerne wurden vor dem Essen geschält. Sollte vielleicht Blausäure mit im Spiele sein? Dr. K. in R.

Antworten.

Ad 131. Lehrbuch der inneren Krankheiten. Am meisten entsprechen dürfte Ihnen wohl Cabot-Ziesché, „Differentialdiagnose an Hand von 700 genau beschriebenen Krankheitsfällen, lehrbuchmäßig dargestellt", 2 Bände, Verlag J. Springer in Berlin. Dr. L. **Lisiecki,** Ruda (Polen).

Ad 133. Das Schnarchen kommt bei manchen Leuten, die mit offenem Munde zu schlafen gewohnt sind, vor. Dies geschieht meist beim Schlafen auf dem Rücken. Das für die Umgebung recht lästige Geräusch kommt dadurch zustande, daß der inspiratorische Luftstrom beim Schlafen mit offenem Munde das Gaumensegel in Schwingungen versetzt. In zahlreichen Fällen liegt eine organische Veränderung, meist des Nasenrachenraumes, vor, die infolge erschwerter Nasenatmung zum Atmen durch den Mund Veranlassung gibt. So schnarchen viele Menschen, wenn sie einen Schnupfen acquirieren. Das Schnarchen verdankt ferner seine Entstehung einer Hypertrophie der Mandeln, bzw. adenoiden Wucherungen im Nasopharynx, bei Erwachsenen insbesonders Nasenpolypen. Nach Beseitigung einer Koryza, bzw. nach operativer Entfernungen der Wuche-

rungen, sieht man als eines der ersten Symptome eine Besserung des Schnarchens. Es gibt aber eine Anzahl von Schnarchern, bei denen sich ein Zusammenhang mit anatomischen Veränderungen in den oberen Luftwegen nicht nachweisen läßt. Es wurde in derartigen Fällen vielfach eine erbliche Anlage in manchen Familien angenommen. — Da Schnarcher selten den Rat eines Arztes einholen, ja im Gegenteil das Schnarchen in Abrede zu stellen pflegen, so ist es meistens die Umgebung, die darunter, insbesondere bei befchränkten Wohnungsverhältnissen, sehr zu leiden hat. Zur Verhütung des Schnarchens als einer üblen Angewohnheit beim Schlafen mit offenem Munde hat Generalarzt Dr. Schill ein Mittel angegeben. Dasselbe besteht aus einer unnachgiebigen, das heißt festgestopften Roßhaarnackenrolle von 38 cm Umfang. Diese wird in ein ziemlich prall mit Daunen gefülltes Kopfkissen gehüllt. Über einem Roßhaarkeilkissen kommt nun das Daunenkissen mit der eingelagerten Roßhaarnackenrolle. Der untere Rand der Rolle muß mit den Schultern abschneiden. Durch die Lagerung mit erhöhtem Kopfe wird das Herabsinken des Unterkiefers und damit das Schnarchen vermieden. Dr. E. **Kapelusch,** Wien.

(Dieser unseren Lesern wohlbekannte, wissensreiche und hilfsbereite Kollege ist zu unserem größten Bedauern am 23. November 1925 verstorben. — Die Red.)

Ad 198. Händejucken nach Waschungen. Den Anzeichen nach scheint es sich um Erythromelalgie zu handeln. Behandlung: Warm waschen. Kälte an Händen vermeiden (Handschuhe tragen). Innerlich: Arsen. — Diese Krankheit betrifft meist junge Leute, ist vorübergehend, heilt aber langsam ohne Folgen. Prof. Dr. N. **Caprioli,** Neapel.

Ad 225. Radiumsalbe und Radiumkompressen, wie sie das Radiumschlammbad Pistyan (Slowakei) herstellt, haben sich nach meiner Erfahrung bei den von Ihnen genannten Krankheiten als sehr zuverlässig erwiesen. Die Präparate sind nicht teuer, wenn man berücksichtigt, daß sie beliebig oft benutzt werden können, ohne ihren Gehalt an Radioaktivität einzubüßen, und unter Umständen eine Kur im Badeort selbst ersetzen. Die Badeverwaltung gibt Ihnen auf Anfrage bereitwilligst Auskunft. Dr. **Meyer,** Buxtehude bei Hamburg.

Ad 232. Kohlenstaub und Lungentbc. Eine kurze Zusammenstellung der neuesten Literatur findet sich von Prof. Koelsch im diesjährigen Septemberheft der Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in München. S. 55 bis 57. Unter den Kohlenstaubarbeitern kommt Lungentbc. sehr viel seltener vor als unter der übrigen Bevölkerung der Gegend. Alle übrigen Staubarten vermehren die Häufigkeit der Tbc. und beschleunigen deren Verlauf, und zwar in aufsteigender Häufigkeit: Holzstaub, Porzellanstaub (Ton), Wolle, Baumwolle usw., anderer mineralischer Staub und endlich am weitaus schlimmsten und sehr nachteilig ist Kieselstaub. Silicium; deshalb (?) wird jetzt auch Silistron usw. vielfach zur Behandlung der Lungentbc. empfohlen und angewendet. Kohlenstaub scheint den Verlauf der Lungentbc. zu verlangsamen, trotzdem ist doch vernünftigerweise an eine Behandlung damit nicht zu denken, denn er schädigt die Lunge und den Menschen in anderer Weise. Kohlenbergwerksarbeiter werden nicht alt. Dr. **Kirschstein,** Neustettin.

Ad 246. Spinnenbisse in der Herzegowina. Auch ich hatte während meiner langjährigen Praxis in den Balkanstaaten Gelegenheit, ähnliche Krankheitssymptome nach Spinnenbissen zu beobachten, und insbesondere waren es Bisse durch Ladrodectes-Spinnen (Malmignatten), von denen am häufigsten die vom Herrn Kollegen erwähnte Latrodectes tridecimguttata F — eine pechschwarze, im weiblichen Geschlecht bis 7 bis 8 mm große Spinne mit 13 blutroten Flecken am Hinterleibe — vorkam. Die von

diesen Spinnen gebissenen Leute klagten alle über furchtbare Schmerzen an der Bißstelle (obwohl die Lokalwirkungen des Bisses so gering waren, daß die Bißstelle manchmal gar nicht zu sehen war); bald stellten sich Schwindelanfälle, Lähmungserscheinungen und ein rapider Kräfteverfall mit absoluter Schlaflosigkeit ein. Ich behandelte diese Fälle mit Neosalvarsaninjektionen mit frappantem Erfolge. Alle Fälle heilten binnen 48 Stunden ausnahmslos. Wo ich nicht mit dieser Methode behandeln konnte, gab ich hohe Chinindosen mit Brom. Todesfälle kamen nie vor. — Die vom Herrn Kollegen beschriebenen Erscheinungen sprechen eher für Bisse durch Spinnen der Gattung Tarentula Sund. (Taranteln), welche nebst heftigem Schmerz hochgradige Erregungszustände (Chorea saltatoria) zur Folge haben. Diese Spinnen, die viel größer sind als die Ladrodectes, kommen zwar selten, aber doch hie und da in der südlichen Herzegowina während großer Hitze vor. Dr. R. **Zlatkovic**, Senftenberg.

Ad 246. Das von Ihnen geschilderte Symptomenbild ähnelt den Erscheinungen, die der Biß der Tarantula hispanica verursacht. Die Bisse der Latrodectusarten machen wesentlich andere Symptome, so der der Latrodectus mactans Präkordialschmerzen. Ebenso setzt der Biß der Aranea diadema (Kreuzspinne) wesentlich andere Beschwerden. Es ist mir nicht bekannt, um welche Spinne es sich in Ihrem Falle handelt. Immerhin steht fest, daß Spinnenbisse recht beunruhigende Erscheinungen hervorrufen können. Dr. H. **Balzli**, La Croix.

Ad 247. Milch schwangerer Frauen. Die Anschauung von der Schädlichkeit der Milch Schwangerer ist nicht begründet. Jeder Arzt kann dies aus vielfachen Erfahrungen bestätigen. Ich habe beobachtet, daß Frauen fast bis zur Geburt des nächsten Kindes stillten, ohne jegliche schädliche Wirkung für den Säugling.

San.-Rat Dr. **Wahle**, Bad Kissingen.

Ad 248. Duodenalsonde. Die Einführung stößt ja mitunter auf große Schwierigkeiten. Die Anwendung und Indikation ist schon ziemlich umfangreich. Als gute Orientierung empfehle ich Ihnen folgendes Buch. Einhorn: „Die Duodenalsonde und ihre Anwendung“, Verlag Thieme in Leipzig. Auf jeden Fall kann man schöne Erfolge erzielen.

Dr. H. **Buschmann**, Bleialf.

Ad 249. Desinfektion. Am besten wird die Desinfektion in einer staatlichen oder kommunalen Dampfdesinfektionsanstalt durchgeführt. Ist eine solche nicht vorhanden, so kann man Wäsche durch längeres Kochen, Kleider u. dgl. behelfsmäßig in einem abgedichteten Schrank oder Kiste durch eingeleitete Formalindämpfe desinfizieren.

San.-Rat Dr. **Wahle**, Bad Kissingen.

Ad 250. Speichelfluß und Brennen im Munde. Bei Zahnmangel der alten Leute sinkt im Schlafe infolge Störung des Mundverschlusses der Unterkiefer herab, der Mund bleibt offen und die Schleimhäute trocknen aus. Dann kann es zum Gefühl des Brennens im Munde und infolge des Brennens zum Speichelflusse kommen. Sollte dies bei Ihrem Patienten zutreffen, dann wäre entweder sein Kopf im Bette so hoch zu lagern, daß die Unterkiefer am Brustbein eine Stütze finden oder wenn dies nicht vertragen wird, der Unterkiefer mit einem Tuche oder Schnarcherbinde an den Oberkiefer zu fixieren. Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 250. Ich habe in ähnlichen Fällen, bei einer 57jährigen Frau und einem 60jährigen Manne, beste Erfolge mit Parotisextrakt „Richter“ erzielt, und zwar zwei subkutane Injektionen täglich und später kombiniert mit Parotis-Tabletten. Dr. K. **Fuchs**, Wien.

Ad 250. Bei dem im vorgerückten Lebensalter stehenden Patienten sind zu vermutende metallische und alimentäre Intoxikationen als den ge-

schilderten Ptyalismus verursachende Faktoren auszuschließen. Die hochgradige Speichelabsonderung ist hier lediglich durch den schlechten Zustand des Gebisses bedingt. Lockere Zähne, Zahnreste, atrophisierendes Zahnfleisch u. dgl. können infolge der in einem permanenten Reizzustande befindlichen Mundschleimhaut zur hypersekretorischen Funktion der Speicheldrüsen Veranlassung geben. Als promptes Hilfsmittel zur Bekämpfung des seit Jahren bereits andauernden Leidens empfehle ich eine Pneuma-Zahnprothese, wodurch recht schnell der Speichelfluß bedeutend vermindert und Patient von dem unerträglichen Zustand endgültig befreit werden wird. Die brennenden Empfindungen werden mittels einiger Tropfen Opium-Ratanhia-Tinktur perlingual günstig beeinflußt.

Oberbezirksarzt Dr. H. **Tittinger**, Czernowitz.

Ad 252. Oxyuren. Die subjektiven Sensationen in der Nabelgegend im geschilderten Falle sind sicher nicht durch die Lokalisation der Parasiten veranlaßt, sie sind wahrscheinlich Produkte einer falschen Vorstellung des Patienten über Wesen und Sitz der Parasiten. So erklärt sich überhaupt das große Schuldkonto der Oxyuren und Askariden in weiten Kreisen bezüglich nervöser Krankheitsbilder.

Dozent Dr. R. **Neurath**, Wien.

Ad 252. Sie haben ganz recht, wenn Sie an der Richtigkeit der Beobachtung Ihres Patienten zweifeln. Sowohl das „charakteristische Gewölle" als auch der allabendliche Ablauf desselben im Nabel ist den Ärzten unbekannt. Erst wenn Sie dieses auch Ihnen unverständliche Phänomen selbst beobachtet und in seinen Details geschildert haben werden, wird die Deutung desselben eventuell möglich sein.

Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 252. Jedenfalls besteht bei dem Patienten eine kongenital bedingte Verbindung vom Darm zum Nabel (Meckelsches Divertikel). Es handelt sich um eine Entwicklungshemmung, durch die der Ductus omphaloentericus offen bleibt. Als sichere Therapie der Oyuren empfehle ich Oxylax (Oxylax-Laboratorium, Halle a. d. Saale; „Ars Medici" 1925, S. 534). Bei genauer Beobachtung und Durchführung der Kur kann Heilung garantiert werden. Dr. H. **Buschmann**, Bleialf.

Ad 254. Entnikotinisierung von Rauchmaterial. Als gutes Mittel ist nur die Einlage von Eisenchloridwatte in Zigarrenspitzen und Tabakspfeifen bekannt. San.-Rat Dr. **Wahle**, Kissingen.

Ad 256. Anfälle von Bewußtseinsstörung. Ich finde in Ihren Angaben nichts, was auf eine vorausgegangene Enzephalitis hindeuten würde. Und obgleich auch nicht erwähnt ist, in welchem Lebensjahre des Kindes, respektive wie lange nach der anscheinenden Heilung die Anfälle von Bewußtseinsstörung sich einstellten, so möchte ich doch dafür halten, daß, selbst nach einem größeren Intervall, das im ersten Lebensjahre erlittene Kopftrauma eine ätiologische Ursache abgeben könnte, daß wir es mit einem Worte mit einem Falle von Jacksonscher Epilepsie zu tun haben. Alle Brom-, Luminal-, Xifal- usw.-Behandlung wirkt in solchen Fällen nur mehr oder weniger kalmierend. Aussicht auf Heilung gibt dann einzig und allein die trepanative Entfernung der Narbe des knöchernen Schädels unter Leitung des durch Röntgenisierung erhaltenen Bildes.

Med.-Rat Dr. Ludwig **Stein**, Wien.

Ad 257. Das **Arrheum-Polster** ist in der Alten Feldapotheke, Wien I., Stephansplatz 8, erhältlich. Med.-Rat Dr. H. **Beer**, Wien.

Ad 258. Peliosis. Selbst ohne genaue Blutuntersuchung, die notwendig wäre, scheint es mir sehr wahrscheinlich, daß eine sogenannte athrombogenische Purpura, eine früher sogenannte Peliosis rheumatica, vorliegt, fast zweifellos dann, wenn mit den Hauthämorrhagien sich rezi-

divierende Gelenkaffektion verbindet. Dann würde ich genaue spezialärztliche Untersuchung der Rachenorgane (Mandeln, Rachenmandeln) und der Mundhöhle (Zähne) in erster Linie vorschlagen.

Hofrat Prof. Dr. N. **Ortner**, Wien.

Ad 261. Lehrbuch über Serumtherapie. Als vorzügliches Buch ist zu empfehlen: „Die Methoden der Immunodiagnostik und Immunotherapie und ihre praktische Verwertung" (331 Seiten) von Prof. Dr. Julius Citron, Verlag Georg Thieme, Leipzig. Dr. F. **Tripold**, Abbazia.

Ad 261. Ich empfehle Ascoli, „Grundriß der Serologie", Verlag J. Safar in Wien. Dr. L. **Lisiecki**, Ruda (Polen).

Ad 263. Narkosetropfer. Ich empfehle Ihnen den Ypsilon-Narkosetropfer nach Dr. Schwarz und Bergmann (D. m. W. 1924, Nr. 50), zu beziehen vom Medizinischen Warenhaus A.-G., Berlin Karlstraße 31.

Dr. H. **Buschmann**, Bleialf.

Ad 263. Der Ypsilon-Narkosetropfer nach Dr. G. Schwarz und Dr. E. Bergmann (D. m. W. 1924, S. 1759) ist sehr brauchbar; zu beziehen vom Medizinischen Warenhaus A.-G., Berlin NW 6, Karlstraße 31.

Dr. F. **Kirchner**, Mühlhausen.

Ad 265. Leberfunktionsprüfung. Für den praktischen Arzt kommen für die Leberfunktionsprüfung wohl nur die Toleranzprüfung mit Galaktose und die Urobilin-, respektive Urobilinogenreaktion im Harne in Frage. Für den Krankenhausbetrieb noch die Bilirubinbestimmung im Serum nach Hymans v. d. Bergh. Die übrigen Leberfunktionsprüfungen sind entweder zu kompliziert (z. B. Aminosäurebestimmung) oder nicht zuverlässig (Lävulosetoleranz) oder erst im Erprobungsstadium, wie z. B. die Verweildauer von Phenoltetrachlorphthalein im Blute.

Prof. Dr. A. **Müller-Deham**, Wien.

Ad 268. Phosphaturie. Die Periodizität der Phosphaturie in der von Ihnen beobachteten Weise erklärt sich aus den Schwankungen der Harnazidität. Wenn durch Abgabe reichlicher saurer Valenz mit dem Magensaft der Nachmittagsharn alkalischer wird, dann fallen die Phosphate im Harn aus. Die Phosphaturie an sich, soweit sie nicht mit Konkrementbildung in den Harnwegen einhergeht, bedarf keiner Behandlung. Da es sich in der Regel um neuropathische Individuen handelt, ist vor therapeutischen Bemühungen sogar zu warnen, da man nur zu leicht zu dem „chemischen Schönheitsfehler", der dem Patienten nur auffällt, ohne ihm Beschwerden zu verursachen, eine „iatrogene" Hypochondrie hinzubehandelt. „Primum non nocere" gilt in hohem Maße auch für das seelische Gleichgewicht solcher Personen. Dozent Dr. J. **Bauer**, Wien.

Ad 269. **Nächtliche Diarrhöen** sind insbesondere bei Kindern im Verlaufe von Darmkatarrhen häufig zu beobachten. Auch bei Erwachsenen findet man das Symptom, teils als Erscheinung eines einfachen Darmkatarrhs, teils bei nervöser Diarrhöe. In allen Fällen handelt es sich darum, daß die anerzogene Ordnung im Ablauf des Defäkationsreflexes durchbrochen wird, was begreiflicherweise bei Kindern leichter eintritt. Behandlung durch Faradisation des Bauches und Hydrotherapie pflegt neben den üblichen antidiarrhoischen Maßnahmen meist sehr bald die bürgerliche Regelmäßigkeit wieder herzustellen.

Prof. Dr. M. **Sternberg**, Wien.

Ad 270. **Zeichen des herannahenden Todes.** Die Frage läßt eine allgemeine Beantwortung nicht zu, da die Zeichen des herannahenden Todes bei verschiedenen Krankheiten verschieden sind. Überdies gibt es nicht wenige Krankheiten, bei welchen ein plötzlicher, unvorhersehbarer Tod nicht selten ist. Der Arzt muß die Umgebung des Kranken in derartigen Fällen im Interesse der Angehörigen und in seinem eigenen stets

auf eine solche Möglichkeit aufmerksam machen. Da bei vielen Krankheiten die letzte Todesursache das Versagen des Kreislaufapparates ist, erheischt dessen Überwachung (Hautfarbe, Frequenz, Rhythmus, Spannung des Pulses usw.) in prognostischer Beziehung besondere Sorgfalt. Das Urteil, ob in einem gegebenen Falle der Tod nahe bevorstehe, kann nur aus der persönlichen Erfahrung geschöpft werden.

Prof. Dr. F. **Kovacs**, Wien.

Ad 274. Polyserositis. In dem geschilderten Krankheitsbild haben wir eine zweifellose Polyserositis vor uns mit doppelseitiger Pleuritis und einer Peritonitis und nach den Geräuschen am Herzen und der Schwellung der Leber zu schließen auch mit einer Perikarditis. Die jetzige Leberschwellung ist entweder die Folge einer Concretio pericardii cum corde oder einer Zuckergußleber. Darauf ist auch der Weiterbestand der hydropischen Erscheinungen zurückzuführen. Für die tuberkulöse Natur der ganzen Krankheit spricht der Umstand, daß fast alle Polyserositiden tuberkulöser Natur sind, und daß die Krankheit aus voller Gesundheit mit einer Pleuritis in Erscheinung trat. Als Therapie käme zunächst ein Versuch mit Alttuberkulininjektionen, beginnend mit Verdünnung V (1:100.000), in Betracht oder auch wegen der Fieberlosigkeit ein Versuch mit Ateban-1%-Einreibungen aufs Abdomen und auf die Pleuren turnusweise. Sollte diese Therapie auch noch nach vier Wochen keine gesteigerte Diurese erkennen lassen, oder sollte schon bald nach Beginn mit einer der beiden Kuren eine deutliche Verminderung der Harnmenge einsetzen, dann ist diese Behandlung zu verlassen. Man muß dann eine operative Befreiung des Herzens aus der Ummauerung, eine Kardiolyse, in Betracht ziehen.

Prof. Dr. W. **Neumann**, Wien.

Ad 275. Erprobung neuer Heilmittel im Tierversuch. Die Methoden der pharmakodynamischen Analyse bezwecken, Änderungen der physiologischen Prozesse unter dem Einflusse irgendwelcher Substanzen zu studieren. Sie sind demnach jene der Physiologie. Ein größeres Handbuch dieser Methoden ist das „Handbuch der physiologischen Methodik" von R. T i g e r s t e d t, Verlag S. Hirzel, Leipzig; ein kleineres Büchlein ist das „Physiologische Praktikum" von E. A b d e r h a l d e n, Verlag J. Springer, Berlin. Um ein bisher nicht verwendetes Mittel im Tierversuch auf seine Wirkungen zu untersuchen, bedarf es einer vollständigen pharmakologischen Analyse, welche große Erfahrung auf diesem Gebiete und vollständige Beherrschung der Methodik voraussetzt. — Allgemein giltige Regeln, welche gestatten würden, die tierexperimentellen Versuchsergebnisse in für die Humantherapie zutreffende Maßnahmen umzuwerten, können nach der Sachlage nicht existieren. Wie weit da Schlüsse zulässig sind, muß in jedem einzelnen Falle sehr sorgfältig erwogen werden.

Prof. Dr. R. **Wasicky**, Wien.

Ad 276. Zedernöl kann durch Zusatz von Xylol verdünnt und wieder aufgehellt werden. **D. Red.**

Ad 277. Impotenz durch Alkohol. Ganz sicher kann durch so enormen Alkoholmißbrauch neben Degeneration anderer Organe auch die Keimdrüse bis zur Impotenz geschädigt werden, wie dies neben Alkohol auch vom Nikotin bekannt ist. Es wäre nebst Abstellung des Alkoholmißbrauches zu versuchen: Kühle Halbbäder oder Duschen, tägliche Einführung der Kühlsonde in die Harnröhre für 20 bis 30 Minuten, Faradisation der Dammgegend und jeden zweiten Tag eine muskuläre Testoganinjektion, im ganzen etwa 20 Injektionen. **D. Red.**

Ad 278. Schwere Stauung und Diuretika. Die Novasurolinjektion war durch das bestehende Fieber, bzw. die Tuberkulose, kontraindiziert. — Die Diagnose Nephrose ist durch den Albumengehalt des Harnes allein und

die fehlende Blutdruckerhöhung nicht sichergestellt. Letzteres könnte durch Herzschwäche bedingt sein. Wie war der Sedimentbefund des Harnes? Waren Erythrozyten, waren viele Zylinder vorhanden? Könnte es sich nicht doch um eine akute Nephritis gehandelt haben? Dann würde sich das Abklingen des Prozesses erklären. Gegen Nephrose spricht ja auch das völlige Verschwinden des Eiweißes. — Auch die Frage eines perikardialen Ergusses kommt in Betracht, da so starke Gesichtsödeme und mächtige Leberschwellung bestanden. Dozent Dr. P. **Saxl**, Wien.

Ad 279. Gonitis tbc. Die Behandlung mit Gipsverband ist gutzuheißen; der Verband ist alle sechs bis acht Wochen zu wechseln, vorausgesetzt, daß das Kind diese Behandlung gut verträgt, das heißt keine höheren Temperaturen und keine Schmerzen hat. Von Wichtigkeit ist, daß der Patient auch im Winter bei trockenem, sonnigem Wetter täglich mehrere Stunden im Freien — gut zugedeckt — liegen soll. Lebertran, frisches Obst, kohlehydrat- und fettreiche Kost wären angezeigt.

Prof. Dr. C. **Leiner**, Wien.

Ad 282. Bleisalzinjektionen bei Krebs. Es fehlt mir jede Erfahrung über die Blair Bellsche Krebsbehandlung. Ich halte aber auch die Nachprüfung der vielen durch keinerlei theoretische Grundlage gestützten Krebsbehandlungsmethoden für wenig aussichtsvoll.

Primarius Dr. L. **Moszkowicz**, Wien.

Instrumente und Apparate.

Eine Ganzglasspritze zur venösen Injektion mit winklig gebogenem Auslauf (Nadelansatz) gibt Prof. Metzner (Dresden) an. Beim Eindringen der Kanüle in die Vene steigt das Blut in dem völlig durchsichtigen Auslauf der Spritze in die Höhe und ist ebenso deutlich erkennbar wie die Hg-Säule im Thermometer. Der luftdicht eingeschliffene Glaskolben folgt beim Anziehen nach dem Einstich nur dann, wenn die Kanüle auch wirklich in der Vene ist. Paravenöse Injektion ist damit verhütet. Erzeuger: J. & H. Liebig, Kassel. (M. m. W. Nr. 40, 1925.)

Glauco-Binde mollis ist ein gebrauchsfertiger Zinkleimverband zur Behandlung des chronischen Ulcus cruris und chronischer Ekzeme, besonders am Kopfe der Kinder. Es handelt sich um eine gleichmäßig mit Prof. Unnas Zinkleim imprägnierte Gazebinde, die ohneweiters aufgelegt werden kann, also das lästige und langwierige Aufpinseln des heißen Zinkleimes erspart und im Gebrauche sauber, schnell und billig ist. Prof. Bruck (Altona) bestätigt die Brauchbarkeit und gute Wirksamkeit der Glauco-Binde. — Erzeuger: Lüscher & Bömper, A.-G., Berlin W. 57. — Dieselbe Firma erzeugt einen „Elastoplast", einen schmiegsamen, festhaftenden Kompressionsverband für Unterschenkelgeschwüre, Krampfadern, Nabelbrüche, für alle Arten Oberschenkel-, Gelenkverbände, als Verband nach Plattfußredressement usw. — Der Hauptvorzug dieses fertigen Verbandes ist, daß er auch im Bade fest haften bleibt.

Medikamente.

Cehasol bei Fluor. Außerordentlich gute und rasche Heilerfolge bei chronischem Fluor und Erosionen der Portio veranlassen mich, meine Erfahrungen mitzuteilen. Die Behandlung ist sehr einfach: Nach vorheriger Reinigung der Vagina und Zervix im Spekulum nehme ich einen gut ausfüllenden, weichen Tampon in die Kornzange, umhülle ihn gut mit Cehasol-

Boluspulver und führe ihn tief ein. Die Patientin entfernt den Tampon am nächsten Morgen und macht dann eine zweimalige Scheidenspülung (zweimal wegen der gründlichen Entfernung eventueller Boluskörnchen) mit einer stark verdünnten Lösung von Zincum chloratum oder Hydrargyrum oxycyanat. — Es gelang mir auf diese Weise, sogar jahrelang vergeblich behandelte chronische Entzündungen in vier bis sechs Wochen zur Ausheilung zu bringen. Dr. Alfred **Loewy,** Frauenarzt in Wien.

Cisan-Helm ist ein injizierbares Reizkörperpräparat zur unspezifischen Therapie und besteht aus Ameisensäure und Kieselsäure. Es verbindet also die moderne Proteinkörpertherapie mit der schon seit langem bekannten guten therapeutischen Wirkung der Ameisensäureinjektionen bei Gelenk- und Muskelrheumatismus (siehe die Methode des Dr. Krull in Güstrow i. M.). Man braucht meist fünf Ampullen, jeden zweiten bis fünften bis achten Tag eine, und modifiziert natürlich die Intervalle je nach der Reaktion, die sich als Allgemein- und Herdreaktion dokumentiert. Bei Neuralgien soll die Dosis vorsichtiger gewählt werden, Beginn mit etwa 0.5 cm^3. Peemöller (Krankenh., Hamburg-Eppendorf) und andere haben über gute Resultate berichtet. — Erzeuger: Chem. Fabrik Cisan, G. m. b. H., Lübeck.

Salabrose ist ein neues Ersatzkohlehydrat. So nennt man jene Kohlehydrate, die außerhalb der normalen Kost gelegen sind und vom Diabetiker besser als die kohlehydrathaltigen Nahrungsmittel vertragen werden (z. B. Inulin, Hediosit, Karamel und die Röstprodukte Grafes). Salabrose wird durch Polymerisation aus reinem Traubenzucker gewonnen und gehört chemisch zu den Glukosanen. Dozent Nothmann (Med. Klinik, Breslau) lobt das Präparat auf Grund klinischer und tierexperimenteller Erprobung. Die Salabrose gibt dem Diabetiker die Möglichkeit, neben den gewöhnlichen Kohlehydraten der Nahrung ein Kohlehydrat zu sich zu nehmen, das erhebliche Kalorienwerte (4.3 pro Gramm) besitzt und den Zuckergehalt des Urins nicht steigert. Besonders indiziert ist das Präparat bei jenen Fällen von Zuckerkrankheit, die bei ausreichender Kost eine geringe Glykosurie, jedoch zugleich eine erhebliche Azetonurie aufweisen (diese Azetonurie braucht nicht durch Insulin, sondern kann auch durch Salabrose zum Verschwinden gebracht werden). Ferner eignet sich die Salabrose für Kranke, bei denen trotz Aufhörens der Glykosurie nach Insulininjektionen die Azetonurie nicht schwindet. — Salabrose ist wohlschmeckend und kann bis zu 75 g täglich lange Zeit hindurch ohne Magenbelästigung gegeben werden. — Erzeuger: Chem. Werke in Grenzach. (D. m. W. Nr. 40, 1925.)

Uvakasan (Chem. Fabr. Dr. F. Stohr, Wien I.), ein neues internes Antigonorrhoicum, bestehend aus Harz, Methysticin, Jangonin, Alkaloid und Glykosiden, hat nach R. Tropper im Ambulatorium des Bundesheeres, Wien, sich in allen akuten Fällen durch seine auffallende desinfizierende, sedative und sekretionshemmende Wirkung bestens bewährt. (W. m. W. Nr. 42, 1925.)

Notizen.

Gute Bücher.

Prof. Dr. Norbert Ortner: „Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten". Zweiter Band. Krankheitssymptome (mit Ausnahme der Schmerzempfindungen). Preis: geheftet Mark 12.—, gebunden Mark 14.40. Dritter Band. Weitere klinische Symptome und Differentialdiagnose. Preis: geheftet Mark 18.—, gebunden Mark 21.—

Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien—Berlin, 1925. — Das hiemit abgeschlossene „Lebenswerk“ des hervorragenden Klinikers ist ein kostbares Geschenk für die Ärztewelt, das noch in Jahrzehnten ein klassisches Denkmal profunden klinischen Wissens und Scharfsinns darstellen wird. Mit Bewunderung vertieft man sich in jedes einzelne der durchwegs originellen, auf seltener Erfahrung, Beobachtungsgabe und Gedächtniskraft aufgebauten Kapitel. Jeder Internist wird hier vielfach Belehrung und Anregung zu weiterem Aufbau des stolzen Gebäudes der deutschen inneren Medizin finden, jeder Praktiker Rat und Aufschluß in diagnostisch schwierigen Fällen. Das Werk ist eine würdige Ergänzung der weltberühmten „Therapie“ des Verfassers.

Beilagen. Unserer heutigen Gesamtauflage liegen Prospekte der Verlagsbuchhandlungen Julius Springer und Urban & Schwarzenberg bei, auf welche wir unsere Leser besonders aufmerksam machen.

Mitteilungen des Verlages.

Die „Ars Medici“ kostet für das Jahr 1926 ganzjährig, portofrei, im vorhinein zahlbar: österr. S 8.—, Mark 6.—, tsch. *K* 40.—, ungarische *K* 80.000.—, Lire 35.—, Dinar 90.—, Lei 300.—, schweiz. Franken 8.—, franz. Franken 40.—, schwed. *K* 6.—, dän. *K* 7.—, norw. K 8.—, holländ fl. 4.—, Dollar 1.50, Shilling 6.—, finn. Mark 60.—, Lewa 220.—. Für Polen Dollar 1·50, oder deren Gegenwert in Zloty.

Gebundene Jahrgänge (1911 bis 1925, soweit vorrätig) zu obigen Preisen mit 10% Zuschlag, dazu das Porto.

☛ Sämtliche Jahrgänge der „Ars Medici“ stellen ein übersichtliches Nachschlagewerk über alle Fortschritte der Medizin von großem praktischen Werte dar. Sie bilden „eine wahre Fundgrube“ des praktischen Wissens und sollten in der Bibliothek keines Arztes fehlen.

Leinen-Einbanddecken 1924 und frühere Jahrgänge österr. S 1.60, tsch. *K* 8.—, Mark 1.—, Franken 1.—, holl. fl. —.50, dazu das Porto.

Englische Ausgabe der „Ars Medici“ ganzjährig Dollar 2.—.

Jahrgang 1924 und 1923 der englischen Ausgabe gebunden à Dollar 2.20.

Zahlstellen für die „Ars Medici“:

Amerika: American Express Company New-York. — **Bulgarien:** Banque Nationale de Bulgarie in S. — **Dänemark:** Postgirokonto Kopenhagen Nr. 4906. — **Deutschland:** Deutsches Postscheckkonto Berlin Nr. 10.032. — **England:** Midland Bank, Ltd. London E. C. 2. — **Elsaß-Lothringen:** Banque d'Alsace et de Lorraine. — **Holland:** Postgirokonto Haag Nr. 27.998. — **Italien:** Postscheckkonto Triest Nr. 11-1481. **Jugoslawien:** Postscheckkonto Zagreb Nr. 40.102. — Postscheckkonto in Laibach Nr. 20062. — Postscheckkonto in Sarajevo Nr. 7961. — **Norwegen:** Zentralbanken for Norge in Christiania. — **Österreich:** Postscheckkonto in Wien Nr. 13.868. — **Polen:** Postscheckkonto in Warschau Nr. 190.199. — **Rumänien:** Anglobank in Czernowitz — **Schweden:** Aktiebolaget Göteborgsbank in Stockholm. — **Schweiz:** Postscheckkonto in Zürich Nr. VIII. 2136. **Tschecho-Slowakei:** Postscheckkonto in Prag Nr. 13 868 — **Ungarn:** Postscheckkonto in Budapest Nr. 27.510. Aus allen anderen Ländern durch Postanweisung, Scheck oder Geldbrief direkt an den Verlag.

Allen Zahlungen bitten wir stets den Vermerk „Für Ars Medici“ beizufügen.

Ars Medici.

Inhaltsverzeichnis 1925.

Allgemeine Medizin.

NB. Die Schlagworte des Inhaltsverzeichnisses beziehen sich oft nicht nur auf den fettgedruckten Titel, sondern auf den Text der betreffenden Seite. Schlagworte, die unter der lateinischen Bezeichnung nicht gefunden werden, sind unter dem deutschen Namen zu suchen.

Aus der Praxis.
(Originalbeiträge.)

TI

ende
ſch zu
in de
n de
altba

Fa
hru

SO

ler
rbau

vert
at fi
de

pie.

chk
; (4
ru
un
us.

et:

en
Pi



